Lane Medical Library
1895
33 H56

Zur operativen Behandlung der Myome der Gebärmutter in der Schwangerschaft und Geburt.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medicin und Chirurgie,

welche

mit Genehmigung der hohen medicinischen Fakultät

der

vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

zugleich mit den Thesen

Sonnabend, den 9. Februar 1895, Mittags 12 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Franz Sali Kirchheimer

aus **Heilbronn** (Württemberg).

Referent: Herr Prof. Dr. **Fehling.**

Opponenten:
Herr **Curt Stünzner,** cand. med.
Herr **Ernst Ziegler,** cand. med.

Halle a. S.
Hofbuchdruckerei von C. A. Kaemmerer & Co.
1895.

Imprimatur

Prof. Dr. **Bernstein,**

h. t. Decanus.

Seiner lieben Schwester,

Frau Kantonalarzt Dr. Louis

zu Herlingen in Lothringen

gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153703_0270

Die Fälle zeitlichen Zusammenfallens einer Schwangerschaft mit einem Myom der Gebärmutter sind nicht gerade häufig. Diese Geschwülste erschweren teils aus mechanischen Gründen (Unmöglichkeit des Zusammentreffens von Sperma und Ei infolge der Grösse oder des Sitzes eines Myoms) teils aus dynamischen, d. h. infolge der von dem Myom gesetzten Veränderungen (vorwiegend consecutive Entzündungsprozesse der Gebärmutter, wodurch die Bedingungen für das Haften und die Weiterentwikelung des Eies höchst ungünstige werden) das Zustandekommen einer Conception. Es leuchtet ein, dass die submucösen Uterusmyome zur Empfängnis viel weniger disponieren als die interstitiellen oder gar die subserösen. In Bezug auf erstere äusserte sich Louis[1]) wie folgt: „Unfruchtbarkeit ist die notwendige Folge der Anwesenheit von fremden Körpern in der Gebärmutterhöhle". Diese Ansicht war lange Zeit die herrschende, bis sie durch die Autorität Levret's erschüttert wurde, und sicher verbürgte Beobachtungen von Empfängnis bei submucösen Uterusmyomen vorlagen. Röhrig[2]) weiss unter 147 Fällen von Empfängnis bei Myom der Gebärmutter,

1) Mém. de l'Acad. de chir. T. II, p. 137.
2) Zeitsch. f. Geb. und Gyn. V. 1880.

die er beobachtet hat, kein einziges Beispiel von Schwangerschaft bei submucösen Myomen, ja er giebt die Möglichkeit einer solchen kaum für die interstitiellen zu. Im Gegensatz hierzu wies Schorler[1]) an der Hand einer grösseren Statistik nach, dass die subserösen Myome am häufigsten Unfruchtbarkeit bedingen. Als Grund dafür giebt er die sehr oft bei diesen Geschwülsten eintretenden partiellen Peritonitiden an, und in ihrem Gefolge Schwartenbildung um die Eierstöcke, Verschluss und Obliteration der Muttertrompeten, was „um so mehr in's Gewicht falle, als gerade die subserösen Tumoren häufiger als die übrigen Formen multipel zu beiden Seiten des Uterus auftreten". Diese Verwachsung und Verschliessung der Muttertrompeten kommt, wie es mir scheint, öfters auf anderem Wege zustande, nämlich dadurch, dass die Blenorrhoë der Gebärmutterschleimhaut sich allmählich bis dahin ausbreitet (Lehmann[2])). Kommt es bei intrauterinen Myomen wirklich zu einer Empfängnis, so muss nach Horwitz[3]) letztere zu einer Zeit eingetreten sein, wo die Geschwulst noch in der ersten Periode der Entwickelung stand, so dass also durch sie noch keine Veränderungen der Gebärmutter herbeigeführt worden sind. Dabei ist natürlich vorausgesetzt, dass die Geschwulst nicht allzugross ist, dass sie so gelagert und befestigt ist, dass sie dem eindringenden Samen kein mechanisches Hinderniss entgegengesetzt, also ihren Ursprung von einer Muttermundslippe oder oberhalb des inneren Muttermunds nimmt, und, falls sie aus dem Cervical-Kanal herauskommt, einen mehr oder weniger langen Stil hat und in die Scheide ragt, ohne dabei den Muttermund zu verschliessen. Gusserow[4]) nimmt in 27%, Engelmann[5]) in

1) Zeitschr. f. Geb. und Gyn. XI. 1885.
2) Tijdschr. tot bevording d. Geneskunst. Maart en April 1854.
3) St. Petersb. med. Zeitschr. XIV. Bd. 1868.
4) Neubild des Uter. Enke, Stuttg. 1885.
5) Zeitschr. f. Geb. und Gyn. I. 1877.

26% und Schorler[1]) in 33,77% Sterilität an. C. Mayer[2]), der 152 Fälle von Myomkranken gesammelt hat, fand

15,7% ledig und kinderlos;
84,1% verheiratet,
davon 14,8% steril.

Trotz der grössten Veränderungen der Gebärmutter durch die Myome tritt bisweilen dennoch Conception ein. Rosthorn[3]) hebt in zwei Fällen von Coincidenz von Schwangerschaft mit Myom der Gebärmutter das Wunderbare des Eintritts der Empfängniss trotz bestehender secundärer Endometritis hervor.

Eine rechtzeitige Geburt bei Myom der Gebärmutter bekommen wir noch seltener zu sehen, da einerseits häufig die Schwangerschaft durch Myome der Gebärmutter spontan unterbrochen wird, andrerseits die Schwangerschaft öfters von Störungen der mannigfachsten Art begleitet ist (Blutungen, Compressionserscheinungen infolge des doppelten Wachstums der Gebärmutter und der Geschwulst unter dem Einflusse der Schwangerschaft), die nur gar zu oft einen das Leben bedrohenden Charakter annehmen, so dass eine Operation zur Beseitigung der Schwangerschaft (künstliche Frühgeburt) oder des Myoms (Myomotomie; aber oft mit spont. Abort in Gefolge) oder beider Zustände (Amputatio uteri supravaginalis) nötig wird. Was den spont. Abort (bezw. Frühgeburt) bei Myomen der Gebärmutter anlangt, so hat diesen Hofmeier[4]) unter 36 Fällen 6 mal beobachtet — 2 Fälle abgerechnet, wo in einem Fall eine Blasenmole vorhanden war und wo es sich im andern Fall um ein vorher schon abgestorbenes Kind handelte — das wären 12% Aborte, während nach Hegar bei unkomplicierter Schwangerschaft der Prozentsatz der vorzeitigen Unter-

1) l. c.
2) D. i. Zürich 1887.
3) Prag. med. Woch. 1892 No. 9. Sitzungsber.
4) Würzb. Physik. med. Gesellsch. 1893. IV. Sitzung vom 18./3. 1893.

brechung 10% ist. Röhrig[1]) hat unter 147 Fällen von Empfängnis 129 Aborte beobachtet! Stratz[2]) erwähnt unter 11 Fällen 4 mal spontane Unterbrechung, ebenso C. Mayer[3]); Busse[4]) teilt unter 5 Fällen der Gusserow'schen Klinik einen Fall von spont. Frühgeburt mit.

Ob Korpusmyome eher Abort, Collummyome eher Frühgeburt bedingen (Johnston[5]), lassen wir dahin gestellt. Von Einfluss auf eine Unterbrechung der Schwangerschaft scheint der Sitz der Geschwulst zu sein. Die im unteren Gebärmutterabschnitt sitzenden Myome, besonders die submucösen scheinen am häufigsten den Anlass zu geben. Auch die Grösse der Cervicalmyome wird dabei eine Rolle spielen. Nach C. West[6]) werden die submucösen Curvicalmyome deshalb eine der häufigsten Ursachen des Aborts, weil sie es sind, die die anhaltendsten und profusesten Blutungen im Gefolge haben. Weitere Ursachen des Aborts ausser diesen Blutungen können abgeben: Die Veränderungen in der Lage der Gebärmutter, die Einkeilung der Myome im Becken, Peritonitiden infolge von cystösen Myomen oder Stieldrehung, der Tumor an und für sich oder dessen Einfluss auf die Gebärmutterwandung. Infolge davon, dass letztere mit Geschwulstmassen durchsetzt ist, wird sie sich bei fortschreitendem Wachstum des Eies nicht gehörig ausdehnen könuen. Dies kann auch infolge eines mechanischen Hindernisses von seiten eines grossen, gestielt der Gebärmutter aufsitzenden Myoms eintreten. Man kann sich denken, dass die Schwangerschaft wohl ihr normales Ende erreichen kann, wenn das Wachstum z. B. eines intrauterinen Polypen nur allmählich, d. h. gleichmässig mit der Vergrösserung der Gebärmutter erfolgt, dass es hingegen zum

1) l. c.
2) Zeitschr. f. Geb. und Gyn. XII. Bd. 1886.
3) l. c.
4) D. i. Berlin 1886.
5) cfr. Sutugin, Wratsch. 1892. No. 1.
6) cfr. Horwitz, l. c. S. 252.

Abort kommen muss, weil die normale Entwickelung der Gebärmutter gehemmt ist, wenn das Wachstum des Polypen ein rascheres ist als das der schwangeren Gebärmutter.

Der Güte des Herrn Professor Fehling habe ich es zu verdanken, dass ich 3 Fälle dieser seltenen Complikation der Oeffentlichkeit übergeben kann, die derselbe während seiner Basler Thätigkeit zu operiren die Gelegenheit hatte. In 2 Fällen handelte es sich um je einem operativen Eingriff in der Schwangerschaft, und zwar um je eine Amputatio uteri supravaginalis; in dem 3. Falle um die Ausführung des Kaiserschnitts nach Porro in partu. Sämmtliche Operierte genasen. Leider war das durch den Porro entbundene Kind intrauterin abgestorben.

Im Anschluss an die Schilderung dieser 3 Fälle habe ich es mir zur Aufgabe gemacht, in der Litteratur die Fälle von Complikation von Schwangerschaft und Geburt mit Myomen der Gebärmutter zusammenzusuchen, die Anlass gegeben haben zu folgenden operativen Eingriffen:

I. Kolpomyomotomien (nach Fritsch = alle Manipulationen von der Scheide aus zur Entfernung von Myomen der Gebärmutter).

a. In graviditate.
b. In partu.
(c. Post partum.
d. In puerperio.)

II. Myomotomieen ohne Eröffnung der Uterushöhle (im Sinne Fehlings, Lehrb. d. Frauenkr., 1893. S. 327).

III. Amputationes uteri supravaginales.

IV. Sectiones caesareae.

A. Nach Saenger.

(Fortführung der Saengerschen Statistik vom Jahre 1882 ab; cfr. Festschrift zum Jubilaeum Credé's: Sänger, „Der Kaiserschnitt bei Uterusfibromen").

B. Nach Porro.

Ich beginne mit der Beschreibung der Krankengeschichten.

Krankengeschichte I.

Anamnese: Frau L. G. aus Schopfheim (Baden), 35 Jahre alt, verheiratet, menstruiert seit dem 14. Lebensjahre, regelmässig, dreiwöchentlich 4–5 Tage lang, schwach und bisweilen mit Molimina am 1. Tage, hat noch nie geboren.

Am 22. Januar 1890 trat P. auf die Abteilung wegen Schmerzen im Rücken und im Unterleib: Es bestand häufiger Drang zum Wasserlassen, mit brennenden Schmerzen dabei. Weisser Fluss war nie vorhanden. Ausserdem litt P. an hartnäckiger Verstopfung. Seit 24. August 1889 ist die Regel nicht wieder eingetreten. Seither soll der Leib ziemlich schnell an Umfang zugenommen haben. Die Gebärmutter zeigte sich damals vergrössert und reichte bis zur Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Die Portio war tief im Becken, der vorderen Beckenwand genähert; hinter derselben, das hintere Scheidengewölbe herabdrängend, eine Kindskopfgrosse Geschwulst, fest mit der hinteren Wand der Gebärmutter zusammenhängend, unbeweglich im kleinen Becken. Es wurde damals die Diagnose auf ein Fibromyoma uteri subserosum retrocervicale in graviditate (mens. V) gestellt. Es wurde vergebens versucht, die Geschwulst von der Scheide aus in Narcose in die Höhe zu schieben. Die angestellte Beckenmessung ergab folgendes: Spin. il. $23\,^1/_2$, Crist. il. $29\,^3/_4$, Troch. $29\,^3/_4$, Conj. ext. $19\,^1/_2$ und Conj. diagon. (bis zu der Geschwulst) 5 cm. Die Brustdrüsen waren gut entwickelt und hatten eine fassbare Warze.

Da die Möglichkeit vorlag, dass die Geschwulst mit dem fortschreitenden Wachstum der Gebärmutter infolge der bestehenden Schwangerschaft in die Höhe rücken würde, so wurde vorläufig beschlossen abzuwarten, möglicherweise für später der Kaiserschnitt in Aussicht genommen. Am 3. Februar 1890 verliess Patientin wieder die Abteilung.

Status praesens: Am 19. Mai trat Patient zur Beobachtung wieder in die Anstalt ein. Die ersten Wehen begannen am 1. Juni 1890 morgens 4 Uhr. Das Kind befand

sich in II. Steisslage, mit dem Rücken nach hinten. Herr Professor Fehling entschloss sich den Kaiserschnitt zu machen. Die Anzeige zu dieser Operation war eine absolute: es bestand eine hochgradige Verengerung des Beckens durch ein eingekeiltes retrouterin gelegenes Myom der Gebärmutter. Die Herztöne des Kindes, abends noch deutlich, wurden vor Beginn der Operation nicht mehr gehört.

Beschreibung der Operation:

Am 2. Juni morgens 8 Uhr wird zunächst die Chloroformnarcose eingeleitet. Nach gründlicher Säuberung der Bauchdecken mit warmem Wasser und Seife, sowie noch Desinfektion derselben mittelst Alcohol und $^1/_{00}$ Sublimatlösung wird ein medianer Längsschnitt gemacht, 2 Querfinger über den Nabel beginnend und bis 2 Querfinger oberhalb der Symphyse sich erstreckend. Die Musculi recti sind nur im untern Teil des Schnittes sichtbar. Nun wird das Bauchfell gespalten, worauf die Gebärmutter zum Vorschein kommt. Es werden einige Unterbindungen in den Bauchdecken gemacht. Hierauf wird der Schnitt nach oben noch um 2 Querfinger verlängert, um die Gebärmutter herauswälzen zu können, was auch ohne grosse Mühe gelingt. Während die Gebärmutter sorgfältig aus der Bauchhöhle herausgehoben wird, folgt dem Zug mit mässiger Schwierigkeit die subseröse, breit der Gebärmutter aufsitzende, das kleine Becken einnehmende, 2 faustgrosse Geschwulst. Hierauf wird um den Cervix uteri ein elastischer Schlauch gelegt, und letzterer mit einer Klemme befestigt. Es folgt ein medianer Längsschnitt auf der Gebärmutter, vom Grund derselben aus, etwa 25 cm. lang, nachdem vorher Schwämme in die Bauchhöhle eingeführt waren, um die Gebärmutter zurückzuhalten. Die Bauchhöhle wird mit Mullcompressen geschützt. Das Kind wird entwickelt, um 8 Uhr und 40 Minuten (bis zu dieser Zeit hatte die Geburt 28 Stunden und 40 Minuten gedauert). Vorher war die Nabelschnur jedoch zwischen 2 Klemmen durchschnitten worden. Das Kind befindet sich in II. Steisslage, was schon

früher durch die Untersuchung festgestellt war, und ist abgestorben. Der Mutterkuchen sitzt oben und hinten, etwas rechts. In der Hoffnung den Mechanismus seiner Loslösung verfolgen zu können, wird der Mutterkuchen unberührt gelassen. Inzwischen wird über der provisorischen Ligatur die endgültige angelegt. Der elastische Schlauch hat aber die Serosa des Scheitels der Blase mitgefasst, was durch Katheterisation erkannt wird. Deshalb wird eine neue elastische Ligatur oberhalb der anderen angelegt, welche losgelöst wird. Dabei fällt aber plötzlich der gelöste Mutterkuchen heraus. Nun wird die Gebärmutter mitsammt der ihr anhaftenden Geschwulst abgetragen. Das parietale Blatt des Bauchfells wird mit dem Bauchfell unterhalb der elastischen Ligatur vorn mit nur einer Seidennaht verbunden, seitlich mit je 2 und hinten mit ebenfalls 2 Seidennähten. Hierauf erfolgt die Bildung des Peritonealtrichters mit etwa 6 Seidennähten. Durch den Stumpf wird eine Lanzennadel durchgestochen. Die Bauchdecken werden mit tiefen und oberflächlichen Silbernähten geschlossen. Die Oberfläche des Stumpfs und der Cervicalhöhle wird mit dem Paquelin ausgebrannt. Um den Stumpf herum wird ein Verband mit Jodoformgaze gelegt. Auf den Stumpf wird Jodoformpulver gebracht, eine Dicke Lage Watte daraufgelegt, und schliesslich das Ganze durch Binden befestigt.

Das Kind war infolge Compression der Nabelschnur zwischen Steiss und Geschwulst abgestorben. Die am nächsten Tag erfolgte Sektion desselben ergab folgenden anatomischen Befund: Asphyxia intrauterina. Es fand sich eine vollständige Atelectase beider Lungen, Hämorrhagieen der Pleuren, des Herzbeutels, der Tymusdrüse, der Nieren und der Gehirnhäute.

Das Kind war männlichen Geschlechts, 56 cm lang, 3750 Gr. schwer und vollständig ausgetragen. Der gerade Durchmesser des Kopfes betrug 12, der senkrechte $10^1/_2$, der quere $8^1/_1$ und der schräge $11^3/_4$ cm. Der grösste Um-

fang des Kopfes betrug 36, der kleinste 33 und der fronto-occipitale 35½ cm. Eine Kopfgeschwulst war ebensowenig vorhanden wie eine Verschiebung der Schädelknochen. Auf der rechten Hinterbacke, sowie in der Gegend des Malleolus externus des rechten Unterschenkels befanden sich etwa 11 cm grosse blaurote Stellen der Haut.

Der Fruchtkuchen wog 640 gr., seine Grösse betrug 20 : 18 und seine Dicke 2½ cm. Die Form desselben war eine runde, und die Beschaffenheit eine mässig gelappte. Die Eihäute zeigten am Rande einen Einriss; die Trennung war vollständig erfolgt. Die Wasserhaut war vollständig, die Lederhaut fehlte zu 2 Dritteilen und die Zellschicht war überall verfettet. Die Eihäute waren mit Kindspech, das in grosser Menge bei der Entwickelung des Kindes abgegangen war, stark getränkt, ebenso die Nabelschnur. Letztere war 47 cm lang, 1½ cm dick, senkte sich 6 cm vom Rande des Mutterkuchens in letztere ein und war linksspiralig gewunden. Eine Umschlingung derselben war nicht vorhanden. Das Fruchtwasser enthielt viel Kindspech.

Auf der unteren Fläche des Mutterkuchens befanden sich 4 kleine, bis erbsengrosse, weisse, oberflächlich gelegene Infarcte.

Das Wochenbett war die ersten 8 Tage etwas fieberhaft, dann gut. Der Stumpf wurde am 21. Juni abgeschnitten. Eine Sekundärnaht wurde nicht angelegt.

Die Mutter wurde am 24. Juli entlassen. Die Schamspalte war geschlossen, die Scheide eng und glatt. Die Portio stand hoch, war kaum angedeutet — ein kleiner Querspalt. Der Douglas drängte sich etwas vor.

Spätere wiederholte Besuche ergaben Wohlbefinden der Frau.

Krankengeschichte II.

Anamnese. Frau K. aus Ziefen, Baselland, Hebamme, verheiratet, 33 Jahre alt, stets gesund gewesen, mit 16 Jahren

erstmalig, 3 wöchentlich 6 Tage lang, stark aber ohne Molimina menstruiert, hat früher 3 Geburten durchgemacht. Das erste Kind lebt noch; 1885 hatte sie einen Abort im III. Monat der Schwangerschaft und 1886 gebar sie am normalen Ende der Schwangerschaft ein lebendes Kind zu Hause, das noch lebt. Am 4. October 1892 hat Patient die letzte Regel gehabt.

Patient war vom 19.—21. November 1892 wegen eines Fibromyoma uteri interstitiale zur Behandlung im Spital. Die damals vorgeschlagene Kastration wurde verweigert. Bis Mitte November letzten Jahres soll der Zustand immer derselbe gewesen sein. Der Tumor zeigte Wachstum. Die Schmerzen sind nicht heftiger geworden. Die Geschwulst wurde während der Regel härter. Letztere war stets sehr stark. Als die Regel im Monat November 1892 wieder eintreten sollte, bekam Patient plötzlich einen stark aufgetriebenen Leib. Seither hielt diese Zunahme des Leibes an, sodass Patient in letzter Zeit beim Atmen Beschwerden hatte, besonders beim Sitzen. Ueber andere Beschwerden klagte Patient nicht. Der Appetit ist im ganzen gut. Fluor ist nicht vorhanden. Der Stuhlgang ist nicht verhalten; geht jedoch ziemlich schwer ab.

Am 20. November 1894 ist die Grösse der Geschwulst folgende: Die obere Grenze befindet sich in der rechten Mamillarlinie am Rippenrand, in der linken 9 cm unter letzterem. Die obere Grenze in der Mittellinie des Körpers befindet sich 5 cm über dem Nabel. Der grösste Umfang beträgt 80, der Umfang am Nabel 78 cm.

Status praesens am 23. I. 1892: Das allgemeine Aussehen der Patientin ist gut. Die Lungen sind normal, ebenso die Herzgrenzen. Jedoch ist der I. Ton an der Mitralis unrein. Die Brüste sind schwach entwickelt. Die untere Grenze der Leber befindet sich 2 Finger oberhalb des Thoraxrands. Der grösste Umfang des Bauches beträgt 89½ cm. Die Geschwulst ist weich, elastisch, grenzt

rechts an den Rippenrand, links einen Finger breit unter diesen. Die Geschwulst rechts ist hart, links weicher; sie zeigt hier auch dunkle Fluctuation und wird beim Reiben hart. Diese linksseitige Geschwulst wird sofort als schwangere Gebärmutter erkannt. Die Entfernung von der Symphyse zum Nabel beträgt 19, vom Nabel zum Schwertfortsatz des Brustbeins 13 cm.

Der Eingang in die Scheide sowie letztere selbt sind bläulich verfärbt. Die Scheide ist mittelweit. Die Portio hat Cylindergestalt, ist 1 cm lang und mässig hart. Der äussere Muttermund stellt einen geschlossenen Querspalt dar. Der Körper der Gebärmutter ist von aussen als Geschwulst zu fühlen. Über dem Scheidengewölbe ist bei innerer Untersuchung ringsum die Geschwulst zu fühlen, die nur wenig in's kleine Becken ragt.

Der Harn enthält kein Eiweiss.

Die Diagnose lautete: Myoma uteri interstitiale et subserosum in graviditate.

Behandlung: Wegen der hochgradigen Beschwerden und der Unmöglichkeit die Schwangerschaft auszutragen wird die Entfernung der schwangeren Gebärmutter beschlossen.

Ausführung der Operation: Am 31. Januar 1893 wird von Herrn Professor Fehling die Amputatio uteri supravaginalis ausgeführt. Die Operation nahm eine Stunde in Anspruch.

Es wird zunächst die Chloroformnarcose eingeleitet. Die Bauchdecken werden sodann in der üblichen Weise desinficiert. Hierauf wird ein Bauchschnitt in der Linea alba gemacht, von der Symphyse bis etwa 3 cm über den Nabel reichend. Die Bauchdecken sind kaum 1 cm dick. Das Bauchfell wird mit Fritsch'schen Peritonealzangen fixiert. Der untere Wundwinkel wird an's Bauchfell angenäht. Die Geschwulst hat eine glatte Oberfläche. Das Bauchfell ist stellenweise darüber etwas verschieblich. Die

Geschwulst sieht bläulich aus; ohne grosse Schwierigkeit wird sie aus der Bauchhöhle herausgehebelt. Die Därme werden mit Schwämmen zurückgehalten. Dann wird die Geschwulst in die Höhe gehalten. Da die Harnblase von der Geschwulst in die Höhe gezogen ist, wird das Bauchfell vorn an der Geschwulst etwa Handbreite oberhalb des inneren Muttermunds quer durchtrennt, nach abwärts präpariert, so dass die Harnblase abwärts sinkt. So erst ist es möglich in der Gegend des inneren Muttermunds eine elastische Ligatur anzulegen. Nach Schutz der Bauchhöhle mit Mullcompressen wird ungefähr 6—7 cm über der Ligatur die Geschwulstmasse quer abgetrennt. Beim Durchschneiden fliesst sehr viel Blut aus den weiten Venen der Geschwulstmasse. Das Parietalperitoneum wird vorn, seitlich und hinten mit dem Bauchfell des Gebärmutterstumpfes unmittelbar unterhalb der Ligatur mit Catgut vernäht. Nach Säuberung des Bauchfells wird eine fortlaufende Bauchfellnaht mit Catgut angelegt. Der obere Teil der Bauchwunde wird mit Silberdraht vernäht, während der untere Teil offen gelassen wird. Dieser letztere bildet um den Stumpf herum einen Trichter. Die Stümpfe der Anhängsel der Gebärmutter werden an beiden Seiten des Gebärmutterstumpfes mit Catgut angenäht. Der Stumpf wird mit dem Paquelin oberflächlich verschorft. Der Trichter wird mit Jodoformpulver bestreut und tamponiert. Durch den Stumpf wird eine Lanzennadel quer hindurchgestossen; über deren Enden wird je ein Schlauch gestülpt. Zwischen die einzelnen Bauchnähte kommen Jodoformmeschen; Jodoformgaze; Watte; Druckverband. Patientin erhält 2 Spritzen Campher. Sonst ist die Narcose gut.

An dem Praeparate sehen wir eine etwa 25 cm lange, 22 cm breite und 12 cm dicke Geschwulst. Links seitlich ist die Gebärmutterhöhlung lang und schmal, bogenförmig um die Geschwulst herum, bis an den Fundus (s. Fehling's Lehrbuch S. 309). Rechts daneben befindet sich eine Geschwulst, die aus vielen interstitiellen Myomen

zusammengesetzt ist. Auf dem Durchschnitt des Stumpfes ist die Eihauthöhle getroffen und des Fruchtwasser abgeflossen. Der Mutterkuchen ist etwa handtellergross und sitzt an der medialen Seite. Der Foetus ist männlichen Geschlechts und hat eine Länge von $19^1/_2$ cm. Die Decidua ist weiss und in starker Verfettung begriffen.

Der Verlauf war die ersten vier Tage etwas fieberhaft (Maximum: 38,8), dann glatt. Nach Abtragung des Stumpfes am 23. Februar 1893 wird später, am 28. Februar 1893 die Secundärnaht angelegt.

Status der Operierten beim Austritt am 14. Februar 1893:

Gutes Allgemeinbefinden. Patientin verspürt in den unteren Gliedmassen eine leicht Schwäche. Die Bauchnarbe ist 11 cm lang. Im unteren Wundwinkel befindet sich ein haselnussgrosser Granulationsstreifen, der durch den Cervix der Gebärmutter mit der Scheide in Verbindung steht. Patientin soll zu Hause mit Jodoformgaze verbinden.

Februar 1894 stellte sich Patientin im besten Wohlsein vor, Trichter verheilt. Kein Bauchbruch. Patientin kann ihrem Beruf als Hebamme wieder ungestört nachgehen.

Krankengeschichte III.

Anamnese: Frau B., 27 Jahr alt, seit $^1/_2$ Jahr verheiratet, seit dem 15. Lebensjahre alle 4 Wochen 3 Tage lang, regelmässig, stark ohne Molimina menstruiert, hat noch nie geboren.

Am 24. Januar 1894 wollte Patientin von einem hohen Kasten einen Gegenstand herunter langen, wobei sie sich strecken musste. Patientin verspürte dabei plötzlich einen heftigen Schmerz in der Unterleibsgegend. Seit dieser Zeit hatte Patientin daselbst fortwährende Schmerzen, bisweilen krampfartige Schmerzen im ganzen Unterleib. Am 27. Januar musste Patientin zweimal brechen. Seit 2 Tagen

besteht Windverhaltung, während früher der Stuhl ebenso wie das Wasserlassen stets in Ordnung gewesen sein sollen. Gestern und heute sollen Spuren von Blut abgegangen sein. Die Regel ist seit 6 Wochen ausgeblieben. Der Ehemann giebt an, der Leib sei immer aufgetrieben gewesen. Patientin will aber erst seit 14 Tagen eine Zunahme des Leibsumfangs bemerkt haben.

Status praesens 29. I. 1894: Patient zeigt ein sehr anaemisches Aussehen. Die Brüste sind schlaff und schlecht entwickelt, der Bauch ist aufgetrieben, hart und empfindlich. Im Unterleib eine Geschwulst, die rechts bis zum Rippenrand, links bis ein Finger unter den Rippenbogen reicht. Die Geschwulst ist im ganzen weich, elastisch, dunkel fluktuierend, giebt aber keine so deutliche Welle wie sonst eine Eierstockgeschwulst. Die Vulva ist geschlossen, die Scheide weit und oben etwas rauh. Die vordere Scheidenwand ist etwas bläulich verfärbt. Der Scheidenanteil der Gebärmutter ist weich und steht in der Führungslinie. Der Muttermund klafft etwas. Im vorderen Scheidengewölbe fühlt man eine Geschwulst, die mit der Portio zusammenhängt, hart ist und sehr wahrscheinlich den etwas vergrösserten Körper der Gebärmutter darstellt. Aus dem Cervix kommt ein schmieriger Ausfluss, die von aussen fühlbare Geschwulst ist bei der inneren Untersuchung unerreichbar. Rechts neben der Protio ist eine kleine, höckrige Geschwulst von der Grösse eines Kirschkernes zu fühlen. Im linken Scheidengewölbe fühlt man deutlich die Pulsation der Arteria uterina.

Vom Rectum aus fühlt man an der Hinterwand der Gebärmutter in der Höhne des inneren Muttermunds ein Myom von der Grösse einer Hasselnuss.

Die Diagnose lautete: Multiple Myome der Gebärmutter bei beginnender Schwangerschaft, wahrscheinlich Stieldrehung einer Eierstockgeschwulst.

Behandlung: Wegen des raschen Wachstums der Geschwulst und entzündlicher Erscheinungen von seiten des

Bauchfells infolge Stieldrehung, sowie wegen fibroider Entartung der Gebärmutter beschloss Herr Professor Fehling die Myomotomie mit Versenkung des Stiels und doppelseitiger Kastration zu machen, eine Operation, die auch am 1. Februar 1894 ausgeführt wurde. Die Dauer derselben betrug 55 Minuten.

Beschreibung der Operation:

Es wird die Chloroformnarkose eingeleitet und die Bauchdecken werden desinficiert, hernach wird ein Schnitt in der Linea alba gemacht, das Bauchfell eröffnet. Man sieht jetzt eine kugelige weiche, undeutlich fluktuierende und die ganze Bauchhöhle ausfüllende Geschwulst. Dieselbe wird, da man noch im Zweifel ist, ob eine Eierstocksgeschwulst vorliegt, mit einem Troicar punktiert. Dabei aber entleert sich keine Flüssigkeit. Aus der Punktionsöffnung blutet es ziemlich stark. Dieselbe wird durch eine provisorische Klemme geschlossen. Die Geschwulst wird dann mit den Händen aus der Bauchhöhle herausgehebelt, was ob der Grösse und des Gewichts derselben nicht gerade leicht war. Einzelne Verklebungen mit der Bauchwandung, meist sehr gefässreich, werden teils stumpf abgelöst, teils zwischen 2 Ligaturen durchschnitten. Nachdem die Geschwulst aus der Bauchhöhle herausgewälzt war, zeigt es sich, dass dieselbe ein gestieltes subseröses Myom ist, das von der rechten vorderen Kante der Gebärmutter ausgegangen ist. Letztere liegt vor der Geschwulst. Auf ihrer Oberfläche befinden sich ausserdem noch mehrere kleinere und grössere Geschwülste subseröser Natur. Die Geschwulst selbst ist äusserst blutreich und aus den weiteren beim Herauswälzen eingerissenen Partieen blutet es ziemlich stark. Der fingerdicke Stiel wird mit einer elastischen Ligatur umschnürt, und die Geschwulst abgetragen. Der Stiel derselben ist etwa 1 $^1/_2$ mal um seine Axe gedreht. Die ganze Gebärmutter zeigt sich mehrfach mit Myomen durchsetzt. Jetzt werden die rechtsseitigen Anhängsel der Gebärmutter hervorgezogen, das Ligamentum

latum mit einem Deschamps durchstochen und beiderseits mit Catgut unterbunden. Die Muttertrompeten und Eierstöcke werden abgetragen. Auf der linken Seite dasselbe Verfahren. Der ganze Stiel wird noch einmalmit dem die Muttertrompeten umfassenden Faden unterbunden. Schliesslich wird noch durch die Muttertrompete eine Gesammtligatur mit drehrunder Nadel angelegt, die unterhalb der zwei erst angelegten geschnürt wird. Die Gebärmutteranhängsel werden abgetragen. Die beiden Stiele werden mit dem Paquelin verschorft und in die Bauchhöhle versenkt. Der elastisch umschnürte Stiel des Myoms wird ganz nach vorn geschoben, so dass er vorläufig nicht mit der Bauchhöhle in Verbindung steht. Hierauf wird die Bauchfellhöhle mit 0,6 % Kochsalzlösung ausgewaschen. Dann wird eine fortlaufende Naht des Bauchfells mit Catgut angelegt. Die Bauchdecken werden mit tiefen und oberflächlichen Silberdrahtnähten vereinigt. Der Verband wird in gewohnter Weise angelegt. Die Narcose hat Patientin gut ertragen.

Die anatomische Untersuchung ergab folgendes:

Die ganze Geschwulst besteht aus glatten Muskelzellen, die an einzelnen Stellen in Verfettung begriffen sind. In einer erweiterten Vene der Abtragungsstelle der Geschwulst, sowie in einigen Venen der Oberfläche sind bis bleistiftdicke, grauröthliche Thrombusmassen. Die anatomische Diagnose lautete auf ein erweichtes Myoma subserosum uteri.

Der Verlauf war fieberfrei. Am Tage nach der Operation ging mit schmierig-blutigen Massen ein Ei von der Grösse eines Taubeneies ab. Dasselbe enthielt Reste eines zu Grunde gegangenen Foetus.

Die Heilung war eine glatte.

Status beim Austritt am 7. 3. 1894.

Länge der Bauchwunde 14 cm. Portio etwas hinter der Führungslinie. Im vorderen Scheidengewölbe liegt die vergrösserte und höckrige Gebärmutter. Sie ragt bis 2 Querfinger breit über die Symphyse.

I. Kolpomyomotomieen (Tabelle I.)

Im ganzen habe ich in der Litteratur 61 derartige Fälle gefunden. Diese verteilen sich wie folgt:

A. In graviditate	7 Fälle.
B. In partu	18 Fälle.
(C. Unmittelbar post partum	17 Fälle.
D. In puerperio	19 Fälle.)

Tabelle I.

	Name des Operateurs bezw. Refr.	Datum der Operation. Quelle.	Anatom. Beschaffenheit des Tumors.	Indication, Zeit und Art der Ausführung der Operation.	Weiterer Verlauf.
1	Guyot.	April 1752. Levret, Mém. sur les polyp. de la matrice et du vagin, Art. 3, pag. 543. Drei solcher Fälle, wovon dieser der interessanteste; cit. nach Horwitz, St. Petersburg. med. Zeitschr. XIV. Band 1868.	Kindskopfgrosser Polyp, dessen Stiel plattgedrückt und bis zwei Querfingerbreit, rechterseits und oben im Cavum uteri befestigt ist.	Anlegung einer Ligatur 5 Stunden post partum. Da sich aber nach einigen Tagen peritonit. Schmerz einstellte und der Polyp aus der Scheide hervorragte, so wurde der Stiel desselben unterhalb der Ligatur abgeschnitten.	Genesung.
2	Pugh.	Treatrise on Midwifery 1754 bei Lambert, Thèse. Paris 1870.	Faustgrosses Cervixmyom.	6. Schwangerschaftsmonat. Seit 2 Tagen Wehen. Ligatur und Excision des Tumors.	Spontane Geburt nach $^1/_2$ Stunde. Genesung. Später 3 normale Geburten.
3	Denmann.	1811 Medic. and. Phys. Journ., vol. XXVII, pag. 467. Citirt nach Davis, the principles and practice of obst. méd., vol I. pag. 615; cfr. Horwitz l. c.	Kindskopfgrosser Polyp.	1 Tag nach langer und schwerer Geburt Ligatur; 1 Tag später festere Anziehung derselben. Fieber, stinkender Ausfluss etc. der grössere Teil — der Körper der Geschwulst erst 4 Wochen post partum abgestossen.	Heilung, nachdem noch an den dünneren Teil oder den Hals der Geschwulst eine besondere Ligatur appliziert war.

4. J. Bell.	Edinb. medic. Journ. p. 365. 1820, bei Lambert, l. c.	Grosses, gestieltes Fibrom der hinteren Lippe.	Perforation und 2stündige Extraktion der Frucht. Ligatur der breiten Basis der Geschwulst und Excision derselben.	Genesung.
5. Düntzer.	N. Zeitschr. f. Gebk. Band VIII. Heft 2, pag. 219.	Fibröser Polyp von der Grösse eines Borsdorfer Apfels und kleinere interstitielle Fibrome.	Entfernung nach einer künstlichen Geburt (Wendung auf die Füsse wegen Vorfall beider Arme). Torfaules Kind.	† noch am selben Tage.
6. Heck.	N. Zeitschr. f. Gebk. 1841, Bd. 10, pag. 96, bei Süsserot, i. d. Rostock 1870.	Steatom.	Exstirpation. Die Scheide wird der Länge nach durchschnitten. Ausschälung der Geschwulst.	Zange wegen Wehenmangel. Lebendes Kind. Genesung.
7. Robertson.	Lond. med. Gaz. 1842, Februar; bei Lehmann; Tijdschr. tot bevordiug d. Geneeskunst. Maart en April 1854 in Schmidt's Jahrb. Jahrgang 1855. 85. Bd. S. 58 ff.	Polyp, die Scheide ausfüllend und allmählich nach aussen tretend.	Exstirpation desselben mit dem Messer.	Geburt eines gut entwikkelten Kindes. Heilung.
8. Merriman.	Bei Lehmann l. c.	Faserpolyp.	Unterbindung und Exstirpation in partu.	Operation mit Erfolg.

Name desOperateurs bezw. Refr.	Datum der Operation. Quelle.	Anatom. Beschaffenheit des Tumors.	Indication, Zeit und Art der Ausführung der Operation.	Weiterer Verlauf.
van Doeveren. 9.	Bei Lehmann, l. c.	Faserpolyp.	Unterbindung und Exstirpation in partu.	Operation mit Erfolg.
Aubinais. 10.	Gaz. med. de Paris 1844.	Centrales Aufsitzen der Placenta auf einem Polypen des Corpus uteri. Die Probe die erstere zu lösen, kostete inf. von starken Verwachsungen fast eine Inversio uteri deshalb Umdrehung des Polypen. Gleichzeitige Extraktion beider.		Genesung. Später normale Geburt.
Fiedler. 11.	Summar. 1842, p. 1023. Cit. nach N. Zeitschr. f. Geburtskunde 1846. Bd. 20, p. 103. Bei Horwitz, l. c.	Über dem Os internum rechterseits ein stark gestielter Polyp von Pflaumengrösse.	Abtrennung desselben mit dem Zeigefinger in puerperio.	Heilung. Keine Blutung.
Danyau. 12.	Gaz. méd. de Paris 1851, p. 239; Revue méd.—chir. 1851, p. 299; Schmidt's Jahrbüch. Bd. 71, Aug. 1851; Schröder, Lehrb. d. Geburtsh. 11. Aufl. 1891, S. 557; Magdelaine, Thèse. Strassburg 1869, S. 17.	Myom der hinteren Wand des Cervix, das Becken ausfüllend. Umfang 15cm. Gewicht 650gr.	8. Schwangerschaftsmon. Blasensprung. Seit 40 Stunden continuirl. Blutung. Incision in die Geschwulst. Die Enucleation gelingt leicht in 2 Stücken.	Geburt eines Kindes in Schädellage mit Vorfall eines Fusses. Wendung und Extraction. Kind macerirt. Genesung d. Mutter.
Depaul. 13.	Charbozien, des Fibromes du Col de l'Uter. Paris 1852.	Cervixmyom.	Entfernung desselben in partu.	?

14.	1853. Jan. 12.	hinteren Muttermundslippe.	nach der Entbindung mittelst Perforation und Extraction: nterbindung d. Geschwulst.	Genesung.
Grimsdale. 15.	Liverp. med. chir. Journ. 1857. Jan. bei Courty, Malad. de l'ut. Marion Sims: Uterine Surgery, p. 107.	Kolossalfibromyom der hinteren Muttermundslippe.	Lebensgefährl. Blutungen im 4. Monat der Schwangerschaft. Incision in den Tumor. Nach zwei Tagen Abort. darauf Vereiterung des Tumors. Wegen pyämischer Erscheinungen wird der grosse zerfallene Tumor entfernt.	Genesung. Spätere Geburt eines lebenden Kindes.
Cazeaux. 16.	Traité des Accouch. 1858, p. 620.	Kindskopfgrosser Tumor im kleinen Becken, der zu fluktuieren scheint. Cervixmyom.	Ende der Schwangerschaft. Seit 4 Tagen ist das Wasser abgeflossen. Spaltung der Geschwulst durch eine tiefe Incision bis auf den kindlichen Kopf.	Anlegung der Zange ohne vorherigen Versuch der Entfernung der Geschwulst. Perforation. Cephalotripsie. † Mutter.
Langenbeck. 17.	Deutsche Klinik 1859, I.	Kindskopfgrosser Tumor des Cervix die ganze Scheide ausfüllend und aus der Vulva zum Vorschein kommend.	Geburt seit 3Tagen. Patient. moribund. Incision in den Tumor. Enucleation gelingt leicht.	† infolge Erschöpfung.

Namen des Operateurs bezw. Refer.	Datum der Operation. Quelle.	Anatom. Beschaffenheit des Tumors.	Indication, Zeit und Art der Ausführung der Operation.	Weiterer Verlauf.
Horwitz. 18.	Mosk. med. Zeitschr. 1868, p. 268 (russisch) — Petersb. med. Zeitschr. 14. Bd. 1868 S. 277.	Polyp. der Hinterwand des Corpus uteri, das ganze Cavum einnehmend.	Frühgeburt im 6. Monat 6 Tage port partum: Entfernung des Tumors.	Heilung.
Braxton Hicks 19.	Lancet 1870. Juli 30 — Lond. obst. Transact. 12. p. 273. 1871 — Schroeder, l. c. S. 557.	$1^1/_2$ pfündiges, submucöses Myom der hinteren Cervicalwand, das ganze Becken ausfüllend.	Geburt seit 12 Stunden im Gange. Vergebliche Wendungs- und Zangenversuche Incision in den Tumor. Enucleation leicht.	Forceps. Lebendes Kind Genesung.
Wallace. 20.	Brit. med. Journal 1871, 30. Sept. — Schroeder l. c. S. 557.	Ungestieltes, 420 gr. schweres, grosses, weiches die Vagina ausfüllendes Cervixmyon.	Vergeblicher Forceps. Incision und Enucleation des Tumors.	Forceps. Asphyktisches Kind. Genesung. Normales Wochenbett.
Charrier. 21.	Gaz. des hôp. Nro 4, 1875. cit nach Gusserow, Neub. des Uterus, Stuttgart. Enke 1886. S. 136.	Festes Uterusfibrom.	Spontaner Austritt der Geschwulst aus dem Uterus in die Vagina im VII. Monat der Schwangerschaft ohne Wehenthätigkeit. Verjauchung daselbst. 24 Tage später spontane Frühgeburt, die glücklich verlief. Die Geschwulst trat immer tiefer und es wurde von ihr	

			stets so viel entfernt, als vor der Vulva lag, bis allmählich die ganze Geschwulst beiseitigt war.	
Sydney. Turner (Gloucester). 22.	Brit. med. Journ. 1880. Jul. 31., im Centralbl. f. Gynäk. 4. Jahrg. No. 26; besprochen von Fehling, Stuttgart.	Birnförmiges breit gestieltes Fibromyom der hinteren Lippe mit cystös. Veränderung.	Doppelte Unterbindung des Stiels der Geschwulst in Narcose, dann Stiel mit der Scheere durchschnitten.	Normale Geburt. Heilung.
Monold. 23.	Monatsschr. f. Geburtsk. 1859, pag. 62; cit. nach Horwitz, l. c.	Ueber den Os intern. rechterseits ein stark gestielter Polyp von Pflaumengrösse.	Abtrennung desselben mit dem Nagel des Zeigefingers in puerperio.	Heilung. Keine Blutung.
Priestly. 24.	A case of labour. complic. with a fibr. tum. of the Uter. Delivery by long forceps and subsequal remorks of the tumour Broschure. Lond. 1859 pag. 8.	Kleiner mucöser Pölyp, aus dem Cervicalcanal hervorragend.	Post abortum: Entfernung.	Bald erneute Conception.
25.	do.	2—3 Zoll aus dem Muttermund vorragender fibröser Polyp, mit breiter Basis der hinteren Wand des Uterus aufsitzend.	Nach einer Zangengeburt, die ein lebendes Kind ergab, Abtragung des Tumors mit dem Ecraseur, nachdem er noch beträchtlich durch den Muttermund durchgeschnitten.	Heftige Blutung. Genesung.

Name des Operateurs bezw. Refer.	Datum der Operation. Quelle.	Anatom. Beschaffenheit des Tumors.	Indication, Zeit und Art der Ausführung der Operation.	Weiterer Verlauf.
Bailly. 26.	Gaz. des Hôp. 21, citiert nach Schmidts Jahrb. 1880. 185. Band.	Fibröser Uteruspolyp.	Operation post partum, wiederholte Blutungen.	Mutter †
Guéniot, Ref.; op. Maissonneuve. 27.	Gaz. méd. 1881, No. 43. Mittheilung in der Acad. de méd.	Fingerdicker und fingerlanger Polyp im Cervicalkanal.	Ende der Schwangerschaft erreicht und dann mittelst serre-noeud von Maissonneuve der Polyp abgetragen.	Keine Blutung. Heilung.
Becher. 28.	Zeitschr. f. Geb. und Gyn. 1882: Sitzungsbericht 25. X. 1881.	Ein ins Cavum uteri ragendes Myom.	Nach der Geburt heftige Blutung. Enukleation der Geschwulst aus seinem Bett, anfangs mit 2 Fingern, dann mit der eingeführten ganzen Hand in wenigen Minuten.	Genesung.
Löhlein. 29.	do.	do.	In ähnlicher Weise post partum ausgeschälte Myome.	Später Geburt eines ausgetragenen Kindes, während früher habituelle Aborte.
Benicke. 30.	do.	2 submucöse Myome, das eine links vorne, das andre rechts hinten.	In der zweiten Woche post partum Herabtreten eines Tumors, was durch Secale gefördert wurde. Enukleation der Geschwülste.	Leichtes Fieber. Genesung.

P. Ruge. 31.	Zeitschr. f. Geb. und Gyn., Sitzungsbericht 10. I. 1882.	Intraparietal gelegenes Myom.	Geburt eines reifen Kindes. Hernach profuse Blutung, auch nach sofort ausgeführter Placentarlösung weiter bestehend. Spaltung der Kapsel, Auslösung der Geschwulst.	Anfangs günstiger Verlauf des Wochenbetts, später †.
Schroeder. 32.	Bei Lomer, Z. f. Geb. und Gyn. 9. 1883.	Kolossalmyom des Cervix das ganze Becken ausfüllend.	Mitte des 10. Schwangerschaftsmonates: Spaltung der vorderen Cervixwand von der Scheide aus und Enukleation der Geschwulst.	Nach 11—12 Tagen spontane Geburt eines lebenden Kindes, jedoch verbunden mit beträchtlicher Blutung. Normales Wochenbett.
Hegar. 33.	Berl. klin. Woch. 1883. No. 43, Sitzungsbericht 26. I. 83.	Myoma cervicis, das ganze Becken ausfüllend.	Vor dem Ende der Gravidität: Entfernung der Geschwulst durch Incision und Enukleation.	Die Nacht darauf Geburt eines lebenden Kindes. Normales Wochenbett.
P. Mundé (New-York). 34.	Sep.-Abdr. aus der Gynec. Transact. 1884, Vol. 9; cf. Referat, im Centralbl. f. Gyn. 1887.	Grosses interstitielles Cervixfibroid der vorderen Uteruswand und Muttermundslippe, 1500 gr schwer.	Im 6. Monat Entschluss der Ausschälung per vaginam gefasst, ohne wie Schroeder das Ende der Schwangerschaft abzuwarten. Indess plötzlich vorzeitiger Eintritt der Geburt. Manuelle Ausschälung des Tumors.	Wendung des Extraction. Keine Blutung. Genesung.
I. Halliday Croom. 35.	Edinb. med. Journ. 1886 Okt.	Klein-orangengrosser, weicher, dickgestielter, am fundus hängender Polyp.	Frühgeburt im 5. und 6. Monat, heftige Blutungen in der 3. Geburtsperiode. Abdrehung des Tumors mittelst Muzeaux'scher Zange.	Gangrän und Jauchung des Stumpfes. Tod an acuter Sepsis 6 Tage p. o. †.

Name desOperateurs bezw. Refer.	Datum der Operation. Quelle.	Anatom. Beschaffenheit der Geschwulst.	Indication, Zeit und Art der Ausführung der Operation.	Weiterer Verlauf.
I. Halliday Croom. 36.	Edinb. med. Journ. 1886 Okt.	Klein-orangen-grosser, weicher, dick gestielter am Fundus hängender Polyp.	Am 5. Tage nach normaler Entbindung: profuse Blutung und übler Geruch. Abtrennung des Tumors mit den Fingern von seinem Ansatz am Fundus.	Heilung
Löhlein. 37.	Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 12. 1886: Sitzungsbericht vom 22. I. 1886.	Mehrere teils submucöse teils intramurale Myome.	Im Anschluss an spontan. Abort: Enucleation derselben	Genesung.
Veit. 38.	do.	Kindskopfgrosses Myom in der Vorderwand der Cervix.	Spontane Geburt! Hernach Fieber und profuse Blutung. Enucleation des Tumors in der 3. Woche des Puerperium.	Genesung.
William Day. 39.	Transact. of the Obst. Society of London. Vol. 28. for the year 1885. London 1886. Longmans Greenand Co. 8°. 59. and 350 pp. pag. 158, cfr. Schmidts Jahrb. 1886 Bd. 211.	Den Beckeneingang vollständig verlegende Geschwulst von $3^1/_4$ Pfd.	Zuerst Enucleation von 3 Vierteilen des den Beckeneingang verlegenden Tumors in partu. Dann: Leichte Extraction des tiefer getretenen lebenden Kindes. Nach manueller Entfernung der Nachgeburt: Enucleation des Restes der Geschwulst.	Blutverlust gering. 28 Stunden p. o. Exitus letalis infolge Collaps †.

Urwitsch. 40.	Vorgetragen in der St. Petersb. geb.-gyn. Gesellschaft. Sitzung 14. 5. 1887 (russisch). Referat im Centralbl. f. Gyn. 1887.	Submucöses Fibromyom des Corpus uteri.	Lebensgefährliche Blutungen post partum, inde: Enucleation der Geschwulst.	Genesung.
Anatoli Sani. 41.	Refer. im Journal f. Geb. und Gyn. 1887. Mai (russisch).	Corpusmyom.	Enucleation sofort nach Abgang der Placenta.	Genesung.
C. Meyer Refer. 42.	Diss. inaug. Zürich 1887: 11 Fälle von Schwangerschaft und Geburt etc.	Interstitielles Fibromyom.	Abort im 4. Monat. Verjauchung des Tumors. Enucleation desselben.	Heftige Nachblutung. Tod infolge Pyämie †.
Felsenreich. 43.	Wien. med. Woch. 1887. No. 52.	Citronengrosser Polyp des Uterus.	Abtragung desselben in graviditate.	Fortbestehen der Gravidität.
Hofmeier. 44.	29. October 1887. Ref. Nebel, münchn. medic. Woch. 1890. No. 3.	In der Vagina faustgrosses, glattes, ganz in der hinteren Lippe sitzendes Myom.	Vor 8 Wochen spontane Geburt, ohne dass ein Tumor bemerkt wurde. Quere Spaltung der Schleimhaut: Leichte, stumpfe Enucleation ringsherum.	Heilung.
Felsenreich. 45.	Wien. klin. Woch. 1889. No. 40.	Polyp des Corpus uteri.	Nach spontanem Abort sofortige Entfernung des Tumors.	Heilung nach Phlegmasia alba dolens.
Tuxen (Jütland). 46.	Hosp. Tidende. 3 R. 7. 24. 1889.	Faustgrosses Fibromyom vom Lab. posterius ausgehend.	3 Wochen nach der durch Wendung erfolgten Entbindung Abtragung der vor 3 Tagen nach einer Ausspülung vor die Vulva gefallenen Geschwulst nach vorheriger doppelter Ligatur.	Genesung. Unbedeutende Blutung.

Name des Operateurs bezw. Refer.	Datum der Operation. Quelle.	Anatom. Beschaffenheit der Geschwulst.	Indication, Zeit und Art der Ausführung der Operation.	Weiterer Verlauf.
Hofmeier 47.	Ref. Nebel: Münch. Med. Woch. 1890. No. 3.	Kindskopfgrosses Fibromyom der rechten vorderen Cervixwand.	Vor 4 Wochen glatte Geburt, 3 Wochen post partum plötzlich Urinbeschwerden. Breite Spaltung der Kapsel und der rechten Cervixwand bis ins Scheidengewölbe. Die Ausschälung der unteren Kuppe des Tumors gelingt leicht, weiter oben wird die Enucleation sehr schwierig, gelingt auch nach Spaltung der linken Hälfte der Cervix erst, nachdem der Tumor durch Ausschneiden eines grossen Keiles stark verkleinert worden.	Ausgezeichnete Rückbildung. Ungetrübter Verlauf.
Calderini. 48.	Aus dem Bericht über die Verhandlungen der 8. Abteilung des 10. internationalen Congresses. Berlin 4—9./VIII. 1890.	Myoma colli	Enucleation desselben intra partum.	Geburtsverlauf kaum beeinflusst. Heilung.
Calderini 49.	do.	Cystisch- myxomatös degenerirtes Myom.	Ligatur und Exstirpation im 2. Monat der Gravidität.	Schwangerschaft ungestört.

Hellwig, Ref. 50.	Diss. inaug. Halle 1890; aus der Kaltenbach'schen Klinik.	Mannesfaustgrosses submucöses Myom.	Abort im 6. Monat. Verjauchung der Geschwulst in puerperio. Am 8. Tage des letzteren Enucleation des Tumors von der Vagina aus.	Tod 17 Tage nach dem Abort an Sepsis †.
Everke (Bochum) 51.	Wiesbaden. J. F. Bergmann 1893. Separatdruck im Centralblatt für Gyn. 1894. No. 24.	Retrocervicales Myom.	Entfernung des Tumors nach einer Sectio caesarea durch Incision von der Vagina. Herabziehung mittelst Muzeauxscher Zange. Ausschälung in toto mit den Fingern. Vor der Sectio caesarea war eine Probeincision des Tumors ausgeführt worden.	Genesung.
Netzel, W. 52.	Hygiea 1890. 52 Bd. No 4 und 5 Srenska Läkaresällsk. Förhandl., p. 99—108.	Necrotisches, 600 gr. schweres, einen grossen Teil des Beckens ausfüllendes Myom.	Geburt am normalen Ende: Perforatio capitis und Extraction mit dem Kranioclasten. Am 6. Tage post partum Entfernung eines necrotischen Myoms aus dem Muttermund ohne Schwierigkeit. Zwei Tage später Enucleation einer zweiten Geschwulst mit den Finger, die sich in die Cervixhöhle vorgedrängt hatte.	16 Tage post partum Tod an Sepsis †.

Name desOperateurs bezw. Refer.	Datum der Operation. Quelle.	Anatom. Beschaffenheit des Tumors.	Indication, Zeit und Art der Ausführung der Operation.	Weiterer Verlauf.
Riedinger (Brünn) 53.	Prag. med. Woch. 1891 No. 15 ff.	Eiförmiges, 13 cm langes, 8 cm breites, weiches, elastisches, im rechten Umfange des Muttermundes drei Vierteile desselben einnehmendes, bis zur Beckenmitte herabreichendes, das Becken auf 4 cm verengendes Fibromyom.	$1^1/_2$ tägige Geburtsarbeit. Incision in den Tumor von 8 cm Länge. Ausschälung desselben.	Entwicklung eines lebenden 4300 gr schweren Kindes mittels Zange. Starke Blutung im Wochenbett. Fieber. Gangrän der Wunde, Tod infolge Pyämie †.
Hüter (Marburg) 54.	Berl. klin. Woch. 1892. Nro. 6.	Höckriges, derbes, 6 kg. schweres Myom, den 5-Markstückgrossen Muttermund ausfüllend.	Blutabgang in partu. Wehenthätigkeit erfolgte 4—6 Wochen zu spät und schwach. Wendung und Extraction. Darauf leichte, stückweise Enucleation des Tumors. Kind abgestorben.	Normaler Wochenbettsverlauf. Vorfall der Nabelschnur.
Sutugin 55.	Wratsch. 1892, Nro 1 u. 2. Besprochen in Frommels Jahrb. 1891.	Kindskopfgrosses Myom der hinteren Cervixwand.	Spontaner Abort im 4. Monat. Nach 6 Wochen Vaginale Amputation des Myoms.	Heilung.
Croom (Edinburg) 56.	Edinb. med. Journ. 1892 Oktober.	Polyp.	Entfernung post partum wegen Blutungen.	

Croom 57.	do.		Teils des Tumors mittelst Ecraseur.	Jauchige Endometritis. Heilung.
Hofmeier 58.	München. med. Woch. 1893. 11.	Kopf- und faustgrosse Geschwülste; ein $1^1/_2$ Faustgrosses, tief in der hinteren Wand des Cervix, das Becken hinten ganz ausfüllendes Myom.	Vor dem normalen Ende der Geburt: Elevatio spontanea des Tumors. Zange. Lebender Knabe. Ergotingebrauch; deshalb Entfernung der Geschwulst durch die Scheide möglich.	Genesung.
Redfort 59.	Demargue et St. — Vel, Traité clinique des maladies de l'Utér. — Cit. bei Urwitsch. l. c.	Ein auf der hinteren Lippe sitzender Polyp.	Entfernung desselben.	6 Tage p. o. Extraction eines lebenden Kindes mit der Zange.
Vautrin 60.	Congrès français de chirurgie, ref. Nouv. arch. d'obst. et de gynéc., Supplément Nro. 4 pag. 188.	Grosses, gestieltes Fibroid.	Entfernung von der Vagina aus in graviditate.	Fortbestand der Gravidität. Normale Entbindung.
Crofford T. I. 61.	South. Pract. Nashville, Band 15, pag. 279—283; cfr. Frommel's Bericht über das Jahr 1893.	Becken durch ein grosses Fibroid verlegt.	Frühgeburt des 7. Monats seit 6 Tagen im Gange. Die Reduktion des Tumors gelingt soweit, dass Entbindung möglich. Am 17. Tage Laparotomie, die nach langem Hin- und Herüberlegen mit Castration endete. Schliesslich Verjauchung des Tumors und Enucleation desselben von der Vagina aus.	

A. In graviditate.

Die Zeit der Schwangerschaft, zu der die Operation ausgeführt wurde, war

1 mal im 2. Monat
1 mal im 4. Monat
3 mal nahe dem normalen Ende der Schwangerschaft
2 mal fehlen die Angaben.

Was die Art der Operation anlangt, so handelte es sich

3 mal um Enucleationen von Cervixmyomen
4 mal um einfache Polypabtragungen.

Der Erfolg der Operation war in sämtlichen 7 Fällen ein guter.

Der Einfluss der Operation auf die bestehende Schwangerschaft äusserte sich folgendermassen:

1 mal Abort 2 Tage p. o. im 4. Monat (Enucleation)

3 mal Fortbestand der Schwangerschaft (1 mal wird über eine normale Entbindung am richtigen Termine berichtet).

3 mal erfolgte — 11 Tage p. o., 6 Tage p. o., die Nacht p. o. — die Geburt lebender Kinder (1 Zange) am normalen Ende der Schwangerschaft.

B. In partu.

Von Operationsarten wurden gemacht:

10 Enucleationen
7 Polypabtragungen.
1 mal ist nichts angegeben.

Der Sitz der Myome war:

1. 11 mal am Cervix
   a) 7 mal bei den Enucleationen
   b) 3 mal bei den Polypabtragungen
   c) 1 mal ist nichts darüber angegeben,

ob die Enucleation oder die Abtragung des Polypen gemacht wurde.

2. 1 mal am Corpus? (Enucleation)

3. 6 mal ist nichts angegeben (2 mal bei Enucleation, 4 mal bei Polypabatragung).

Von Indicationen der Operation sind zu nennen:

1 mal continuierliche Blutung;

2 mal vergebliche Zangenversuche.

Der Geburtsverlauf war folgender:

5 mal Zange (4 lebende Kinder).

2 mal Wendung und Extraction (1 mal im 6. Monat, 1 mal Fussvorfall bei Schädellage und maceriertem Kind des 8. Monats),

1 mal leichte Extraction eines lebenden Kindes;

4 mal Spontangeburten (1 mal im 6. Monat. In einem Falle später noch 3 normale Geburten);

1 mal Perforation und Cephalotripsie nach vergeblicher Zange;

1 mal Tod vor der Entbindung;

4 mal ist nichts angegeben.

Erfolg der Operation in den 7 Fällen von Polypabtragung:

7 Heilungen
0 Todesfälle } Mortalität: 0%.

Erfolg der Operation in den 10 Fällen von Enucleation:

6 Heilungen
4 Todesfälle } Mortalität: 40%.

Ursachen der 4 Todesfälle:

a) ?

b) Erschöpfung (Patientin war intra operationem schon moribund!)

c) dto (In partu: Enucleation von $^3/_4$ der Geschwulst post partum: manuelle Entfernung der Nachgeburt; dann: Enucleation des Restes der Geschwulst!)

d) Pyämie.

C. Unmittelbar post partum

Die Art der Kolpomyomotomie war:

8 mal Enucleation;
9 mal Polypabtragung.

Die Myome sassen:

7 mal am Corpus (4 mal bei der Enucleation, 3 mal bei der Polypabtragung)

2 mal am Cervix (1 mal bei der Enucleation, 1 mal bei der Polypabtragung)

8 mal zweifelhaft, wo? (3 mal bei der Enucleation, 2 mal bei der Polypabtragung).

Verlauf der vorausgegangenen Geburten:

4 mal Abort (1 mal im 5.—6. Monat);

1 mal Sect. caes. (Lebendes Kind);

1 mal Perforation;

2 mal Wendung (1 mal Vorfall beider Arme — totfaules Kind; 1 mal Vorfall der Nabelschnur — Wehenthätigkeit 4—6 Wochen zu spät — Kind abgestorben);

1 mal Zange (lebendes Kind);

1 mal Spontangeburt eines reifen Kindes;

7 mal ist nichts angegeben (1 mal Sitz der Placenta auf einem Polypen des Corpus uteri).

Von Indicationen der Operation sind zu nennen:

7 mal Blutungen in der 3. Geburtsperiode.

Erfolg der Operation in den 8 Fällen von Enucleation:

7 Heilungen

1 Todesfall (bei anfänglich günstigem Verlauf); d. h. Mortalität: 12,5%.

Erfolg der Operation in den 9 Fällen von Polypabtragung:

5 Heilungen
3 Todesfälle
1 mal nichts angegeben
} Mortalität: 37,5%.

Von den Ursachen der 3 Todesfälle bei den Polypabtragungen ist hervorzuheben:

1 mal Gangrän und Jauchung des Stumpfes (In den übrigen 2 Fällen nichts genannt).

Spätere Geburten:

2 mal Entbindung von lebenden, ausgetragenen Kindern.

1 mal bald p. o. erneute Empfängnis.

D. In puerperio.

Von Operationsarten wurden gemacht:

9 Enucleationen.

10 Polypabtragungen.

Es handelte sich, was den Sitz der Myome anlangt:

5 mal um Corpusmyome (lauter Polypabtragungen);

7 mal um Cervixmyome (4 mal bei Enucleation, 3 mal bei Polypabtragung);

7 mal ist nichts angegeben (5 mal bei Enucleation; 2 mal bei Polypabtragung).

Der Verlauf der vorausgegangenen Geburten war folgender:

6 mal Abort, bezw. Frühgeburt (2 mal im 4. [1 mal infolge von Blutungen]; 2 mal im 6. und 2 mal im 7. Monat mit Reductio tumoris in partu);

5 mal Spontangeburten;

1 mal lange und schwere Geburt (?);

1 mal Zange (lebendes Kind — Elevatio spontan. tum. in partu);

1 mal Wendung;

2 mal Perforation des Schädels (1 mal Extraction mit dem Kranioclasten);

3 mal ist nichts Näheres angegeben.

Die Indication zum operativen Eingriff gaben ab:

9 mal Verjauchung (1 mal + reichliche Blutung) bezw. Vereiterung (Fall 15) oder Necrose (Fall 52) des Tumors;

3 mal Hervortreten des Tumors vor die Vulva;

2 mal reichliche Blutungen;

1 mal plötzliche Urinbeschwerden infolge eines in partu nicht erkannten Tumors.

Zeitlich getrennte Manipulationen wurden in 3 Fällen gemacht:

a) Ligatur 5 Stunden post partum, nach einigen Tagen Abschneiden des Stiels unterhalb der Ligatur wegen peritonitischer Schmerzen und weil die Geschwulst aus der Vagina hervorragte (Heilung).

b) Ligatur 1 Tag p. p.; 2 Tag später festere Anziehung derselben, 4 Wochen darauf Spontanausstossung der Geschwulst [jedenfalls begünstigt durch die vorhanden gewesene Gangrän] (Heilung).

c) Die Geschwulst trat immer tiefer und es wurde von ihr soviel abgeschnitten, als jedesmal vor der Vulva lag.

Erfolg der Operation in den 9 Fällen von Enucleation:

5 Heilungen (Operation in keinem der 5 Fälle vor der 2. Woche),

3 Todesfälle (2 mal Operation am 8. Tage des Puerperiums; 1 mal nichts angegeben), in sämmtlichen 3 Fällen als Folge von Sepsis bezw. Pyämie bei verjauchten bezw. nekrotischem Myom;

1 mal ist nichts angegeben.

Mortalität: 37,5%,

Erfolg der Operation in den 10 Fällen von Polypabtragung:

9 Heilungen
0 Todesfälle
1 mal nichts angegeben; } Mortalität: 0%.

Spätere Geburten:

1 mal Geburt eines lebenden, reifen Kindes.

Ausser den in der Tabelle aufgeführten 61 Fällen habe ich noch folgende finden können:

A. In graviditate.

Soumain. [Cité par Simon. Mém. de l' Acad. de chir. 1763: cfr. Lefour, Thése d'aggregation, Paris 1880: Tabelle No. 265].

B. In partu.

Farrant Fry, I. [Lancet; I, 10. March. cfr. Schmidts Jahrbücher 1884, 201. Bd. Heft 2; Cit. bei Sutugin, Wratsch (russisch) 1892, 1 und 2, besprochen in Frommel's Jahrbuch 1891].

Brancardora [Sutugin, l. c.]		cfr. Gusserow, Neubildungen des Uterus. Enke, Stuttgart 1885.
Fergusson. [Cit. b. Lambert, l. c. p. 116].		
Säxinger, Ref. [Prag. Vierteljahrsschr. 1868 2. Bd.]		
Wyn Williams [Obst. Transact. 17 p. 172].		
Heiss [Süsserot, l. c. S. 21].	Mutter †	
Düntzer [?]		
Keating [?]		

C. In puerperio.

Henry Jeld [?].	cfr. Gusserow, l. c.
Senderling [?[.	
Ramsay [?]	
Kiwisch. [Cit. bei Mannel, Prag. Vierteljahrsschr. 1871].	
Matthews Duncan [?].	
Weber [Monatsschr. f. Geb. 25. pag. 157].	

Wegen Mangels genauerer Angaben wurden diese Fälle nicht für die Zusammenstellung benutzt.

II. Einfache Myomotomie mit Zurücklassung der schwangern Gebärmutter (Tabelle II).

Die Umschau in der Litteratur hat 55 derartig operierte Fälle ergeben; ausserdem: Stavely Mymectomie during pregnancy. The New-York Journ. of. gyn. 1894. t. 1. p. 619.

Tabelle II.

	Name des Operateurs bezw. Retr.	Datum der Operation. Quelle.	Zeit der Schwangerschaft	Indication und anatom. Beschaffenheit des Tumors.	Ausgang.
1.	Péan.	15. 12. 1874. Klin. chir. 1876 pag. 679. Gaz. des hôp. 1874.	5. Monat der Schwangerschaft. Letztere wurde nicht vorher diagnostiziert.	Fibro-cystischer Kolossaltumor.	Genesung. 1 Tag p. o. Abort.
2.	Thornton.	4. 6. 1879. Obst. Soc. 1879. Bei Hegar und Kaltenbach, III. Aufl. 1886. Bei Studsgaard: Hosp. Tidende 1883. No. 14	7.	Gestielte Geschwulst.	Tod 7 Tage p. o. †.
3.	Schroeder.	16. 11. 1879. Z. f. Geb. u. Gyn. Band 5 cfr Kaltenbach, Centralb. f. Gyn. 1880, No. 15.	3.	Rasches Wachstum einer grossen subserösen, gestielten Geschwulst nebst mehreren kleinen ebenfalls gestielten, subserösen.	Genesung. Rechtzeitige Geburt eines lebenden Kindes mittelst Zange.
4.	Hegar.	1. 1880. Oper. Gyn. 2. Aufl. p. 426 cfr. Dorff, Centralbl. f. Gyn. No. 12 1880.	3.	Mannskopfgrosses erweichtes Myom, mit 2 fingerdickem Stiel vom rechten Fundalwinkel ausgehend. Peritonitis. Compressionserscheinungen. Rasches Wachstum. Bedeutende Adhhärenzen.	7 Tage p. o. Tod an Sepsis. †.

5.	cit. v. Langner, Berl. klin. Woch. 1886, No. 29 oder bei Gördes, Zeitschr. für Geb. u. Gyn. Bd. 9 (=8. Fall daselbst).		Starke Ausdehnung des Unterleibs. Hochgradige Respirationsstörung.	7 Tage p. o. an Verblutungscollaps †.
Langenbuch (Martin). 6.	27. 7. 1882. cf Langner, l. c. und Gördes, l. c. (=5. Fall)	4.	Ungestieltes Myoma subserosum. Rapides Wachstum desselben.	Abort am Abend p. o. Heilung nach $4^1/_2$ Wochen.
Studsgaard. 7.	19. 12. 1882. Hospitals Tidende, 1883 No. 14.	$3^1/_2$ Monat	Gestieltes, kindskopfgrosses Myoma subser. von 525 gr Gewicht.	Kein Abort. Genesung.
Landan. 8.	1885. Berl. klin. Woch. 1885. No. 13.	3.	2 subseröse, gestielte, Fibrome, rechts kindskopfgross, links hühnereigross.	Heilung. Rechtzeitige Geburt eines ausgetragenen, lebenden Kindes.
Martin. 9.	Z. f. Geb. und Gyn. 11. 1885 und Berl. klin. Woch. 1885 No. 3. S. 391: Sitzungsbericht vom 13. November 1885.	5—6	Gestielter, mannskopfgrosser Tumor an der Wand des Fundus. Bedrohliche Druckerscheinungen.	7 Tage p. o. Ausstossung des Kindes in der Glückshaube bis zu den Hüften. Verzögerte Placentarentwickelung An demselben Tage: Tod infolge Collaps †.

Name desOperateurs bezw. Refer.	Datum der Operation. Quelle.	Zeit der Schwanger-schaft	Indication und anatom. Beschaffenheit des Tumors.	Ausgang.
Martin. 10.	2. 11. 1883. Langner l. c. Gördes l. c. (= 6. Fall). Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 12. 1886 (Sitzungsbericht 13. 11. 1885).	4.	Gestieltes Myom. subserös. Drohender Abort mit Blutabgang. Operation zur Rettung der Schwangerschaft.	Heilung ohne Störung der Schwangerschaft. Am 12. Mai 1886 spontane Geburt eines ausgetragenen, lebenden Kindes.
Schroeder. 11.	1885. Hofmeier, deutsch. med. Woch. 1887, No. 19.	5.	2 kindskopfgrosse ungestielte Tumoren.	Heilung. Schwangerschaft erhalten und ungestört bis zum normalen Ende verlaufend.
Frommel. 12.	12. 10. 1886. Münchn. med. Woch. 1886. No. 52.	5.	Kindskopfgrosser, breitbasiger, teilweise erweichter Tumor. Acut. Peritonitis infolge von Erweichungszuständen im Tumor.	Genesung, nach 2 Monaten noch: Fortbestand der Gravidität.
Martin. 13.	20. 10. 1886. Ref. Gördes, l. c. (=7. Fall)	5.	breit aufsitzendes Myom subseros.	23. 9. Abort. 24. 9. Exit. let. †
Martin. 14.	17. 11. 1888. Ref. Gördes, l. c. = 9. Fall.	3.	Myomata subser. et. interstit. pariet. ant. uteri.	Heilung 24. 11. Abort.
Bidder. 15.	25. 11. 1888. Geb. gyn. Gesellsch. zu St. Petersb. 15. 12. 1888, besprochen im C. f. Gyn. 1889. — Journ. f. Geb. und Fr. Petersb. 1889. pag.	4—5.	Gestieltes, ins Becken eingekeiltes, 20 Pfd. schweres Myom, von der rechten Seite des Uterus ausgehend. Verwachsungen des Tumors mit der Umgebung.	Tod an Peritonitis. 7 Tage p. o. †

Gordon. 16.	Bost. med. Journ. Oct. 1889.	3.	Breitbasig dem Fundus aufsitzendes Fibromyom. Enucleation. Peritoneum über dem Uterus vernäht.	Lebendes Kind am Ende der Schwangerschaft, jedoch heftige Schmerzen in partu. Heilung.
C. v. Braun. 17.	1889. Geb.-gyn. Ges. Wien: Sitz. vom 5. 11. 1886. Ref. im Centralbl. f. Gyn. 14. Jahrg.	4.	4800 gr schweres, breitgestieltes, vom Fundus uteri ausgehendes Myom.	Heilung. Fortbestand der Gravidität.
C. A. Bergh. 18.	1889. Hygiea. Band 51, 1889. No. 5. p. 292.	4.	2 Fibrome; das eine zwei Mannesfäuste gross rechts; das andere kleiner links. Hochgradige Beschwerden.	Heilung. Spontane Geburt eines lebenden Kindes am normalen Ende.
Routier. 19.	Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris. 1889, n. s., 15.727.	4.	Kolossalfibrom des Uterus.	?
Routier. 20.	Annal. de Gynéc. 33 pag. 161. Mars 1890.	3.	2415 gr schweres, gestieltes Fibroma uteri. Elastische Ligatur des Stiels. Enucleation und Vernähung des Kapselrestes mit kräftiger Seide.	Heilung. Fortbestand der Schwangerschaft.
W. Netzel. 21.	Hygiea 1890, 52 Bd. No. 1. pag. 1—13. 13. 11. 1889.	4—5.	14 Pfd. schweres, ungestieltes Myom. Zahlreiche Verwachsungen. Teilweise zerfallen, missfarben und stinkend. Rasches Wachstum. Grosse Beschwerden.	Heilung, keine Wehen.

Namen des Operateurs bezw. Refer.	Datum der Operation. Quelle.	Zeit der Schwangerschaft.	Indication, anatom. Beschaffenheit des Tumors.	Weiterer Verlauf.
W. Netzel. 22.	Hygiea 1889, 52 Bd. No. 1. pag. 1—12. 13. 11. 1889.	4.	Gestielter, mannskopfgrosser Tumor.	Heilung. 10 Tage p. o. Abort.
dto. 23.	do.	5.	Gestieltes, 20 Pfd. schweres Myom.	Heilung 2 Tage p. o. Abort
Pernice; op. Ref. J. Plesch, Diss. inaug. Greifswald 1890. 24.	Operation 12. 4. 1890.	?	Mannskopfgrosses, subseröses mit einem handgelenkdicken Stiel am Fundus uteri sitzendes, $2^1/_2$ Pfd. schweres und ein linksseitiges, wallnussgrosses und intramurales Myom, das aber nicht entfernt wurde.	Heilung, kein Abort.
Otto Engstroem (Helsingfors). 25.	1891. Finska Läkaresällskapets Handlingar. 1891. Bd. 33. No. 5. p. 362—392.	5	1700 gr. schweres, kurz gestieltes, vom rechten Horn der Gebärmutter ausgehendes Myom.	Tod. 4 Tage p. o. an Sepsis †
P. Delbert. 26.	Arch. de gén. p. 209. Févr. in Schmidt's Jahrb. 1892.234.	?	Un fibro-myome utér. sous — périt. adhérent à la paroie, opération pendant la grossesse.	?
Al. Rosener. 27.	Przeglad lekarski 1892.Nro. 39—41, cfr. Hirsch'scher Jahresb. 1892.	5	Myofibrom. Rasches Wachstum.	Heilung. Abort am Abend nach der Operation.

Mendes de Leon. 28.	Verslag o. d. Nederlandsche Gyn.-Ver. in Ned. Tijdschr. v. Verlosk. Gyn. Bd. 3, p.133 Oper. 9. 11. 1889.	?	Cystofibroma.	Heilung.
Frommel. 29.	Verhandlungen d. deutschen Gesellsch. f. Gyn. 1891. p. 325.	6	Excision der beiden grössten, breitbasigen, teilweise erweichten und fixierten Tumoren.	2 Tage p. o. Abort. 2 Tage p. o. Tod infolge Nachblutung †.
Hardon. 30.	Verh. d. amerik. Ges. f. Gyn. Bd. 16 für 1891; besprochen im Centralbl. f. Gyn. 1892 (Sitzungsbericht).	4	?	Heilung, keine Unterbrechung d. Schwangerschft.
Ref. Ter-Mikaelianz. op. Phaenomenoff. 31.	Wratsch 1892, p. 472—92.	5	Gestieltes, subseröses, schnell wachsendes Myom.	Heilung. Glückl. Geburt eines ausgetragenen Kindes.
v. Strauch. 32.	St. Petersb. med. Woch. 1892. No. 10.	4	Gänseeigrosser Tumor. Rasches Wachstum.	Heilung. Rechtzeitige Geburt eines kräftigen, lebenden Mädchens.
Flaischlen. 33.	Centralbl. f. Gyn. 1892. p. 185	3	Retrouteriner, höckriger, kindskopfgrosser Tumor, bestehend aus 2 Fibromen, einem gestielten und einem breitbasig aufsitzenden.	Genesung. Rechtzeitige Geburt eines lebenden Kindes.
J. Halliday Croom. 34.	Transact. of the Edinb. obst. soc. Vol. 17, p. 92. Edinb. medic. journ. 1892. Oct.	3	Gestielter autenteriner Tumor.	Heilung. Fortbestand der Gravidität.

Name des Operateurs bezw. Refr.	Datum der Operation. Quelle.	Zeit der Schwanger-schaft.	Indication, anatom. Beschaffenheit des Tumors.	Ausgang.
J. Halliday Croom. 35.	Transact. of the Edinb. obst. soc. Vol. 17, p. 82. Edinb. medic. journ. 1802. Oct.	2	Gestielter anteuteriner Tumor.	Tod bald p. o. infolge eines alten Aortenfehlers.
v. Rosthorn. 36.	Prager med. Woch. 1892. No. 9. (Sitzungsbericht).	5	Lang gestieltes, subseröses $1^1/_2$ mal torquiertes Myom am rechten Horn des Uterus. Verwachsungen. Peritonitis infolge Stieldrehung.	Heilung. Keine Unterbrechung der Schwangerschaft.
Frommel 37.	Münch. med. Woch. 1893. No. 14, pag 262.	?	Grosses linkseit. intralig. entwickeltes Myom. Leichte Enucleation.	Heilung. Gravidität ungestört.
Frommel. 38.	do.	5	Gestieltes hühnereigrosses, von der rechten Kante des Uterus ausgehendes Myom. Heftige rechtsseitige Schmerzen infolge Zerrung des Peritoneums durch rasches Wachstum des kleinen Tumors.	Heilung. Schwangerschaft erhalten.
Mackenrod 39.	ref. Centralbl. f. Gyn. 1893. pag. 211. Sitzungsbericht der Ges. f. Geb. und Gyn. zu Berlin v. 10. 2. 93.	3	Blutungen und Kreuzschmerzen. Faustgrosser, gestielter, anteuteriner, vom linken Horn des Uterus ausgehender Tumor. Uterus retroflektiert. Operation zur Aufhaltung des drohenden Abortes.	Heilung. Schwangerschaft erhalten.
Löhlein. 40.	Centralblatt f. Gyn. 1894. No. 19. Sitzungsbericht der med. Ges. Giessen vom 14. 3. 93. Deutsche med. Woch. 1893. No. 45.	2	Mannskopfgrosses, teilweise cystisch erweichtes Fibroid.	Heilung. 1 Tag p. o. Abort. Baldige erneute Conception.

Würkert, Ref. 41.	Inaug. Diss. 1893. Erlangen. Im C. f. Gyn. 1894. No. 16.	4	Rechtsseitiger Kolossaltumor.	Heilung. Kein Abort.
Everke (Bochum). 42.	Wiesbaden. I. F. Bergmann. 1893. Sep. — Druck, besprochen im C. f. Gyn. 1894. No. 24.	4	2-faustgrosser Tumor.	12 Stunden p. o. Abort.
Everke (Bochum). 43.	do.	3	Kindskopfgrosser Tumor.	Nach 4 Wochen Abort.
Leopold. 44.	Archiv. f. Gyn. 43. Bd. C. f. Gyn. 1894. No. 27.	2	Myomotomie.	Heilung.
Aimé, Guinard. 45.	Congrès français de chirurgie; ref. Nouv. arch. d.'obst. et de gyn. Suppel No. 4. pag. 190. 1893.	3	Vom rechten Uterusrand ausgehendes, das kleine Becken ausfüllendes und intraligamentär entwickeltes Myom.	Ungestörter Schwangerschaftsverlauf.
Horwitz, op. 46.	Lundsgaard, E. Gynäkolog. og. obstetr. Meddelelser Bd. 10, Heft 3, pag. 187—93.	5	Geschwulst von der Grösse eines Mannesherzens, mit einem kurzen dicken Stiel tief unten von der Hinterfläche des Uterus ausgehend, intraligamentär entwickelt. Nach Ligierung des Stiels in mehreren Partieen Ausschälung.	Am 4.—5. Tage p. o. starke wehenartige Schmerzen. Am 10. Tage p. o. plötzlich Dyspnoë, Cyanose, Temperatursteigerung, was aber nach einigen Tagen verschwunden war. Nach 2 Monaten Schwangerschaft ungestört.

Name desOperateurs bezw. Refer.	Datum der Operation. Quelle.	Zeit der Schwanger-schaft	Indication, anatom. Beschaffenheit des Tumors.	Ausgang.
Taylor, W. I. 47.	Ann. of. Gyn. a. paed. 1892. Bd. 6. No 2, pag 92.	4	Schlechtes Allgemeinbefinden. Rasches Wachstum. Rechtsseitiger, intraligamentär entwickelter Tumor. Entfernung zweier kleiner subseröser Myome.	Am 6. Tage p. o. Wehen. Extraction eines 4 monatl. abgestorbenen Foetus, am folgenden Tag Ausstossung eines lebenden. Phlegmasia albadoleus. Genesung. 14Monate p. o. Entbindung von einem lebenden Kind am richtigen Termin.
Vautrin. 48.	Congrès français de chirurgie; ref. Nouv. arch. d'obst. et de gynéc. Supplément No. 4. pag. 188.	?	Fibroma anteuterinum hinter dem Schambein.	Schwangerschaft ungestört Heilung.
Hector Treub (Leyden). 49.	Quatre observations de fibromes compliquant la grossesse, Arch. de Tocol.; et de Gynéc. Nov. 1894. Vol. 21. No. 11. op. 6. 5. 1893.	6.—7. Woche.	„Tenant compte tant de l'angmentantion „des douleurs sous l'influence de la grossesse commencante, que de la certitude presque absolue que la tumeur intraligamentaire rendrait de la matrice, je résolus à faire l'ablation de la tumeur". Subseröses, intraligamentäres Fibromyom des Uterus und Verdrängung des letzteren nach links und des rechten Ovariums nach oben.	Schwangerschaft ungestört. Spontangeburt eines lebenden Kindes 3 Wochen vor dem erwarteten Ende der Schwangerschaft. Wochenbett normal.

50.	29. 10. 1893.	31. 5. 1893.	grosses Fibromyom mit erweichtem Innern. Enucleation der Geschwulst.	schen Fibromyom und Ovarialkystom. Heilung. Schwangerschaft ungestört. Spontangeburt eines 2 kg schweren Knaben 6 Wochen vor dem normalen Ende der Schwangerschaft. Normaler Wochenbettsverlauf.
Ogden. 51.	Americ. Journ. of Obst. 1889.	?	?	Genesung und Abort.
Homann. 52.	Bost. society for med. improv. s. Routier, l. c.	?	?	Genesung und Abort.
Croom. 53.	l. c.	?	?	Genesung und Abort.
Frank. 54.	Wien. med. Woch. 1892, 42.	?	?	Genesung und Abort.
Runge. 55.	Apfelstedt im Arch. f. Gyn. Bd. 48. 1894.	6	2 mannsfaustgrosses, breitgestieltes Myom am Fundus uteri.	2 Tage p. o. Exitus letalis †. Sepsis und Verblutung auszuschliessen. Exitus unter Erscheinungen von Herzparalyse.

Die Indication gaben in den meisten Fällen das schnelle Wachstum der Geschwülste infolge der Schwangerschaft und die daraus entspringenden Beschwerden aller Art, besonders Druckerscheinungen (heftige Schmerzen, Atmungsstörungen, Kreislaufsstörungen etc.). In manchen Fällen handelte es sich von vornherein um Riesengeschwülste, wozu dann noch eine Schwangerschaft kam. In 2 Fällen war bezweckt den drohenden Abort hintanzuhalten.

Als besondere Complikation der Operation, welche die letztere teilweise auch angezeigt erscheinen liessen, seien gleichzeitige „Peritonitiden" genannt, und zwar erfolgten diese:

3 mal infolge Erweichung der Geschwulst;
1 mal infolge Stieldrehung der Geschwulst.

Was den Zeitpunkt der Operation anlangt, so wurde letztere ausgeführt:

1 mal zwischen 6. und 7. Woche der Schwangerschaft.
3 mal im 2. Monat „ „
11 mal im 3. „ „ „
1 mal im 3—4. „ „ „
12 mal im 4. „ „ „
2 mal im 4.—5. „ „ „
10 mal im 5 „ „ „
2 mal im 5.—6. „ „ „
2 mal im 6. „ „ „
1 mal im 7. „ „ „
10 mal ist nichts angegeben.

Die Geschwülste waren natürlich stets subseröse. Nur in 3 Fäll waren daneben noch eine interstitielle Geschwulst vorhanden, die in einem Falle durch die Operation nicht mit entfernt wurde. Im Uebrigen waren die Geschwülste:

21 mal gestielt;
5 mal breitbasig;
1 mal gestielt und breitbasig (multipel);
3 mal ungestielt;
25 mal ist nichts über die Art des Zusammenhangs mit der Gebärmutter angegeben;

3 mal cytisch entartet,
4 mal erweicht,
1 mal teilweise zerfallen,
5 mal fixiert,
9 mal multipel,
5 mal intraligamentär.

Der Einfluss der Operation auf die bestehende Schwangerschaft äusserte sich folgendermassen:

27 mal Schwangerschaft ungestört;
18 mal Unterbrechung derselben;
6 mal erfolgte bald nach der Operation der tötliche Ausgang, sodass es dahin gestellt bleibt, ob Wehen eingetreten wären oder nicht.
4 mal ist nichts angegeben.

Das bedeutet für die einfache Myomotomie mit Zurücklassung der schwangeren Gebärmutter eine Unterbrechung der bestehenden Schwangerschaft in 40 %.

Das Zeitintervall zwischen Operation und Geburt betrug:

2 mal einige Stunden (am Abend des Operationstages)
1 mal 12 Stunden
2 mal 1 Tag
2 mal 2 Tage
1 mal 3 Tage
1 mal 4 Tage
1 mal 6 Tage
2 mal 7 Tage (ein mal Abort in der Glückshaube)
1 mal 10 Tage
1 mal 4 Wochen
4 mal nichts angegeben.

Berichte über das erreichte normale Ende der Schwangerschaft in den 27 ohne Unterbrechung der letzteren verlaufenden Fällen (65,85%) liegen von 11 Autoren vor. In 10 Fällen wird über die Geburt lebender Kinder berichtet (1 Zange).

Was den Erfolg der Operation anlangt, so erfolgte in 53 Fällen) 2 mal ist nichts angegeben):

Mortalität = 18,87% { 43 mal Genesung
10 mal der Tod (3 mal in Fällen vorhergegangenen Aborts und zwar:

1 mal infolge eines alten Aorten-Fehlers,

3 mal in folge Verblutungscollapses, 7 bezw. 3 Tage p. o.

3 mal am 4. bezw. 7. Tage infolge Sepsis bezw. Peritonitis.

1 mal 2 Tage p. o. unter Erscheinungen v. Herzparalyse.

2 mal am 7. bezw. 4. Tage ohne Nennung der Ursache.

Spätere Geburten:

1 mal 14 Monate p. o. (!) Geburt eines reifen lebenden Kindes.

III. Amputationes uteri gravidi et myomatosi supravaginales (Tabelle III).

Es war mir möglich 55 derartige Fälle sammeln zu können.

Eine Bemerkung möchte ich hier gleich anschliessen. In Frommels Jahresbericht 1892, 6. Jahrgang steht folgender Passus: „Lanelonge, Courbin (Diskussion über des ersteren Vortrag), Hauser, Lanvers, machten in zusammen 7 Fällen die supravaginale Amputation des Uterus. Alle genasen. Lanvers behandelte den Stiel bei seinen 3 operierten extraperitoneal, Hauser intraperitoneal". In der Tabelle der 55 Amputationen habe ich nun nur je einen Fall von Lanelongue, Hauser und Lanvers angeführt, von den anderen 4 Fällen, von denen im genannten Passus die Rede ist, habe ich nichts gefunden. Trotzdem werde ich nicht verfehlen bei der prozentualen Berechnung des Erfolges der Amputation und der beiden Arten der Stumpfbehandlung, der extra- und intraperitonealen, von diesem Passus Gebrauch zu machen, indem ich in Klammer das jedesmalige Resultat mit Bezug auf letzteren beifüge.

Name des Operateurs bezw. Refer.	Alter der Frauen. Wievielte Schw.	Oper. in welch. Monat der Schw.	Anatomische Beschaffenheit des Tumors.	Frühere Entbindung., Indication, Allgemeinbefinden.	Ausführung der Operation.	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen.
Barnes, op. 1877. (Obst. Journ. No. 50. 1877: citirt nach Virchow-Hirsch 1877. Bd. II. S. 554. und C. f. Gyn. 1878 S. 77). St. George-Hospital Reports 1877. Lefour No. 33. 1.	I p.	2.	Multiple Uterusfibroide der vorderen Wand. Uterus zwischen 2 Fibroiden eingeklemmt, das grössere an der hinteren Wand, das kleine Becken ganz ausfüllend und unter das Promontorium eingekeilt.	Uterus stark nach vorn dislociert. Tumoren u. Peritoneum stark entzündet.	Amput. uter. suprav. Der hintere Teil des grossen Tumors erwies sich infolge des Drucks gegen das Os sacrum gangraenös.	† nach 36 Std.	2 monatlich	Die Diagnose auf Gravidität wurde nicht vorher gestellt.
Dorff. (Refer.) im Centralbl. f. Gyn. No. 12. 1880. Op. 21. 10. 1879 von Kaltenbach. 2.	36 J. I p.	8. Woche	2 vom Fundus uter. ausgehende, sich mit sehr kurzem Stiel inserierende, subser. Fibromyome, das eine gänseeigross, das andere kindskopfgross.	Beständige Schmerzen. Recurrierende peritonit. Entzündungserscheinungen. Unfähigkeit zu gehen. Indicatio vitalis.	Versuch beide Tumoren für sich zu entfernen, muss wegen unstillbarer Blutungen aufgegeben werden; inde amputatio! Versorgung des Stumpfes schliesslich durch eine einzige elastische Ligatur, da die eine Partie der zuerst angelegten doppelten	Heilung.		Am 10. Tage Entfernung der Ligatur, am 12. letzter Stumpfrest abgestossen. Rekonvalescenz durch Blasencatarr hin die Länge gezogen.

Name des Operateurs bezw. Refr.	Alter der Frauen Wievielte Geburt.	Oper. in welch. Monat der Schw.	Anatomische Beschaffenheit des Tumors.	Frühere Entbindung Indication, Allgemeinbefinden.	Ausführung der Operation.	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen.
					Drahtligatur schon bei leichtem Anschnüren durch das weiche, fettig entartete Uterusgewebe schnitt. Beide Ovarien, zu apfelgrossen Tumoren cystisch entartet, wurden für sich nach vorheriger Ligatur entfernt.			
Kaltenbach op. 2. 3. 1880; cfr. Dorff Ref.) Centralbl. f. Gyn. 1880. No. 12. 5. Juni. 3.	32 J. II p.	5.	Ein dem Fundus links und breit aufsitzender über mannskopfgrosser, erweichter, interstit. 10 cm über den Nabel reicheuder Tumor von 3350 gr. Gewicht minus Ei. Im Innern desselben zahlreiche Erweichungsherde. Am Corpus und Collum noch mehrere kleine Fibrome. Die Placenta inserirt auf dem Tumor.	Vor 2 Jahren: Abort im 2. Monat, darauf 5 Monate lang dauernde Blutungen. Rasches Wachstum des Tumors und Compressionserscheinungen höchsten Grades. Indic. vital. Keine Herztöne hörbar. Nächtliche Diarrhoëen.	Tumor ganz aus der Bauchhöhle herausgewälzt. Elastische Gesammt- u. Doppelligatur. Tumor in einzelnen Partieen schon zerfallen. Placenta zersetzt. Beide Ovarien mitentfernt. Extraperitonale Stielversorgung. Chlorzinkbehandlung des Stumpfes. Ein kleines Myom fiel in die Abtragungsfläche ohne Störung d. Verlaufes.	Heilung.	Foetus mazeriert 5. Mon.	Nach der Operat.: Bauchdeckenabscess. Zerrungsbeschwerden inf. einer verwachsenen Inguinalhernie auf der linken Seite. Am 6. Tage Entfernung der Ligatur, von da ab fieberfrei; am 15. Stumpfrest abgefallen, am 40. aufgestanden; vollkommene Erholung. Letzte Nachrichten 1 Jahr p. o.

18. 3. 1887 (Extr. du Bull. de l'Académ. royale de méd. Bd. 14. 3. série. No. 4. Bruxelles) (Centralbl. f. Gyn. 1880, 15). 4.	11 p.		des Uter. ein breitbasiges Myom von 4500 gr. Gewicht, von zahlreichen Cysten durchsetzt, anscheinend in beginnendem Zerfall.	im 4. Monat; heftige Schmerzen, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Abmagerung, Respiration erschwert. Urinträufeln. Harndrang. Hartnäckige Verstopfung. Keine Nachtruhe seit $2^1/_2$ Monaten.	2 cm oberh. des Os intern abgetragen, der Stiel versenkt. Blutung ziemlich stark.	6 Tage. p. o. Sepsis?		mussten peritonit. Verwachsungen, zum Teil dicke Stränge unterbunden und durchtrennt werden.
Nieberding op. 1882. (Nieb., Beitr. z. Myomotomie. Ärztl. Intelligenzblatt, München 1882. No. 37 u. 38. Sitzung der Würzb. phys. med. Ges., Würzb. 1882. 5.	42 J.	3.	Ein grosser solider bis an die Magengrube reichender Tumor, bestehend aus 2 Abschnitten, einem grösseren unteren und kleineren oberen. Über ersterem: Uteringeräusch.	Seit 3 Monaten rapid. Wachstum d. Tumors. Hochgradige Compressionserscheinungen d. Abdominal- und Brustorgane, Peritonit. Reizerscheinungen.	Versenkung des Stumpfes.	† 49 h. p. o. inf. septisch. Peritonitis.		Die Fruchtblase wurde angeschn. Es ging von dem im Cervikalcanal steckengebliebenen und dort zersetzten Eihautfetzen eine Infection des Stiels und sept. Peritonitis aus.
Thornton, op. 1882 (The British Méd. Journ. 22. July 1882. S. 143. — Ref. nach Wells Spencer, Diagnose und chir. Behandl. der Abdominaltum. Wien 1886. 6.	38 J.	5.	Multiple Fibroide am Fundus; einige davon cystisch erweicht.	Rapides Wachstum, unerträgliche Beschwerden. Elendes Aussehen. Peritonitis.	Extraperitoneale Stielversorgung.	Heilung.		Bei der Operation mussten ausgedehnte Verwachsungen getrennt werden.

Name des Operateurs bezw. Refr.	Alter der Frauen Wievielte Schw	Oper. in welch. Monat der Schw.	Anatomische Beschaffenheit des Tumors.	Frühere Entbindung Indication, Allgemeinbefinden.	Ausführung der Operation.	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen.
Savage, op. 13. 7. 1882 (The Brit. Med. Journ. 2. 9. 1882. S. 423. citiert nach Vogel, D. i. Giessen 1886. 7.	25 J. I p.	4.	Sehr hartes, 9 Pfd. schweres Fibromyom. ausgehend von der rechten Kante des Uterus.	Beständiges Erbrechen, Schlaflosigkeit. Heftige Schmerzen. Täglich zunehmende Abmagerung.	Extraperitoneale Stielversorgung.	Heilung.	Foet. von 4 Mon.	Ungestörter Verlauf. Die rechte Tuba und das r. Ovarium durch den Druck fast schwarz geword.
Schroeder, op. 1883 (Ref. Hofmeier, Myomotomie etc. Stuttgart, 1884. 8.	41 J. I p.	3.	Uterus von zahlreichen knolligen Myom. von Apfel- bis Faustgrösse durchsetzt. Am oberen Teil sitzen mannskopfgrosse Myome.	Rapides Wachstum, zwei unregelmässige Blutungen.	Stumpf versenkt.	Heilung.	3 Mon.	
Walter, op. 1883 (A case of hysterect. for uter. fibrom. By Walter. The Brit Med. Journ. 1883. S. 718. cit. nach Vogel. l. c.). 9.	29 J.	2?	Der Tumor geht aus vom rechten unteren Uterussegment und liegt zum Teil zwischen Lig. lat. dextr. Links am Uter. 2 kleine Fibrome. Der Haupttumor wiegt 9 Pfd.	Heftige Schmerzen mit wiederholten peritonischen Erscheinungen.	Extraperitoneale Stumpfbehandlung.	† 9 Tage p. o. an sept. Peritonitis.		Bei der Operation finden sich Verwachsungen des Tumors mit der Bauchwand, zwischen ihm und dem Peritoneum entzündliche Schwarten. Zahlreiche Verwachsungen mit Bauchwand, Netz und Mesenterium müssen gelöst

op. 1884. (Brit. Med. Journ. 1888. June, p. 135). 10.	I p.		ausfüllender Tumor.	vorher. Beendigung der Geburt wegen Grösse und Sitz des Tumors unmöglich.	traperitoneale Behandlung des Stiels.	ge p. o. an Erbrechen u. Collaps (sept. Peritonitis?.	war †	sehr ungünstigen Bedingungen (Angaben fehlen).
Granville Bantorp, op. April 1884. (Spencer Wells l. c.) 11.		3.	2 Tumoren, der eine gross und cystös am linken Winkel; der andere mehr solide, aber auch zum Teil Cysten enthaltend am rechten Winkel des Fundus.		Extraperitoneale Stielbehandlung.	Heilung.	3 monatl. Frucht	
Schroeder, op. 21. 6. 1884 (Ref. Hofmeier, l. c.). 12.	40 J.	2—3.	Der ungemein hyperämische Uterus ist mit zahllosen kleineren und grösseren Fibromen durchsetzt, von dem linken Horn geht ein mannskopfgrosser, knolliger, fibroeser Tumor aus.	Rapides Wachstum d. Tumors. Unerträgliche Beschwerden.	Amputation dicht über dem Os intern., so dass am Präparat die Eispitze gerade heraussieht. Intraperit. Stielversorgung.	Heilung.	10 Wochen altes Ei.	Bei der Operation starke venöse Blutungen aus dem grossen Tumor. Entlassung nach normaler Reconvalescenz am 21. Tage p. o. Nach der Amput. wurde das intakte Ei durch die Elasticität des Gewebes aus dem Uterus ausgetrieben.
Paterson, op. 11. 12. 84. (Glasg. med. Journ. 1885, April. Refr. von	36 J.	4 Wochen.	Der Tumor ragt links ziemlich hoch, erstreckt sich nach rechts tief ins Abdomen.	Plötzliches Wachstum des Tumors unter heftigen Schmerzen.		Heilung.	Foetus von 4 Woch.	Die Entwicklung des Fibroids aus dem kleinen Becken war schwer. Keine Verwachs-

Name des Operateurs bezw. Refer.	Alter der Frauen. Wievielte Schw.	Oper. in welch. Monat der Schw.	Anatomische Beschaffenheit des Tumors.	Frühere Entbindung., Indication, Allgemeinbefinden.	Ausführung der Operation.	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen.
Zeiss im C. f. Gyn. 1885. S. 622). 13.								ungen. Die Diagnose schwankte zuerst zwischen Haematocele, Fibroid und Ovarialtumor.
Martin, op. 5. 1. 1885. (Ref. Gördes, Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. XX). 14.	34 J.	6.	Myoma uteri gravidi.	Foetus seit 4 Wochen abgestorben.	Amp. ut. suprav.	† inf. Peritonitis hämorrhagica.		
Karström, op. 1886 (Karstr. Myomot. en Gravidit. Hygiea 1887. April, cit. nach d. Jahresbericht über die Fortschritte der Geb. und Gyn. 1. 5. 85. 15.	36 J.	5.	Weiches Myom, intraligamentär und retroperitoneal entwickelt.	Bei der 1. Schwangerschaft Wendung auf den Fuss infolge einer Unterleibsgeschwulst Probeincision wegen Vortäuschung infolge von Ascites der weichen Geschwulstpartien. Rasches Wachstum des Tumors. Atemnot. Periodische Urinsuppression. Cessatio mensium.	Der Cervixstumpf wird in der retroperitonealen Höhle fest genäht, und das Peritoneum darüber geschlossen. Intraperiton. Stielversorgung.	Heilung.	5. Monat	Verlauf günstig.
Tauffer, op. 5. 11. 1885. (Dirner. Zur	40 J. II p.	2.	Bis über den Nabel reichender Tumor, auf	Eine Fehlgeburt, beträchtliches Wachs-	Amputation in der Gegend des Os in-	Heilung.	2. Monat.	Rekonvalescenz gestört durch

Stielversorgung nach Myomoperationen C. f. Gyn. 1887. No. 7. 8. S. 119). 16.			in der Cervix Myomknoten.	Kleinbeckenorgane.				und durch leichten Blasencatarrh. Absicht der Exstirpation des Tumors; allein letzterer ist breitbasig, intraligamentär und retroperitoneal.
Kaltenbach, op. 13. 1. 1886. (cfr. Vogel, Ueber supravagin. Amput. des Uter. wegen Myom. D. i. Giessen, 1886). 17.	33 J. II p.	4.	Interstitieller Tumor der vorderen Wand des Uterus von Mannskopfgrösse mit einem faustgrossen Erweichungsherde i. Innern mit 250 gr Flüssigkeit. Gewicht 7 Pfd. Die hintere Wand war bis auf 2 mm Dicke arrodirt.	1 Abort im 3. Monat. Hochgradige Compressionserscheinungen und rasches Wachstum des Tumors.	Extraperiton. Stielbehandlung. Chlorzink-Tannin-Salicyl.	Heilung.	4 Monat.	Bei der Unterbindung der Spermaticalbündel gleiten die Ligaturen ab. Die heftige Blutung wird durch tiefe Umstechung gestillt. Bei der Abtragung des Uterus fällt die Fruchtblase vor; sie wird durchschnitten und es ergiesst sich Blut und Fruchtwasser in die Bauchhöhle. Ficberloser Verlauf. P. erfreut sich blühender Gesundheit und ist fett geworden.
Granville Bantock, op. 1886 (Brit. Med. Journ. 1888. June p. 1331). 18.	34 J. I p.	3—4.	Uterus-fibroid: 2 gegestielte Myome; das eine 11 Pfd. schwer in grosser Ausdehnung mit dem Netz verwachsen; das andere $1^1/_2$ Pfd.	Indication: Rasches Wachstum.	Extraperitoneale Versorgung des Stumpfs.	Heilung.	$3^1/_2$ Monate altes Ei.	Diagnose vorher nicht gestellt.

Name des Operateurs bezw. Refr.	Alter der Frauen Wievielte Geburt.	Oper. in welch. Monat der Schw.	Anatomische Beschaffenheit des Tumors.	Frühere Entbindung Indication, Allgemeinbefinden.	Ausführung der Operation.	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen.
Etheridge, op. 1886. (Journ. of the Amer. med.assoc.1886. Okt. 23. p. 466. Cit. nach C. f. Gyn.1887. 26). 19:	34 J.	3.	Grosses Fibrom, die vordere Wand des Uterus einnehmend, mit mehreren Erweichungsherden.	Künstlicher Abort war ohne Erfolg. Retroflexio Uteri. Rasches Wachstum. Bedrohliche Druckerscheinungen von Seiten des Tumors.	Intraperitoneale Stumpfbehandlung.	† 11 Tg. p. o. an Sepsis.	3. Monat.	
Granville Bantock, op. 1887 (Brit. med. Journ. 1888 June. p. 1331). 20.	40 J. 6 p.	4.		Rasches Wachstum des Tumors war die Indication und daraus hervorgehende Dyspnoë. Starkes Oedem der äusseren Genitalien und Beine.	Extraperitoneale Stielversorgung.	Heilung.	Zwillinge.	Die Diagnose war auf Ovarialtumor und Schwang. gestellt. Es handelte sich indessen um Fibroid + Hydramnion + Zwillinge.
do. 21.	31 J. II p.	?	Multiple Fibroide.	Indication: Verhinderung einer wiederholten Conception.	Extraperitoneale Stielversorgung.	Heilung.	Abgestorbenes Kind.	
Meredith, Op. 1887 (Brit. med. Journ. 1888. June. p. 1331). 22.	47 J. II p.	5.	Mannskopfgrosses, interstitielles Myom auf der rechten Seite des Uterus.	Indication: Rasches Wachstum des Myoms und dadurch Compression der Abdominalorgane.	Extraperitoneale Stielversorgung.	† 3 Tage p. o. an Sepsis.	Zwillinge † Hydramnion.	Die Diagnose war vorher nicht gestellt worden. Besichtigt war die einfache Myomotomie.
Fritsch, op. (Volkm.Samml. kl. 1889. Vortr. N-o 229. 23.	47 J. II p.	?	Multiple Myome.	Rasches Wachstum der Tumoren. Compression der Adominalorgane.	Extraperitoneale Stielversorgung.	Heilung.		

Meredith, op. 1887 (l. c.) 24.	38 J. I p.	2.	Mannskopfgrosses, mit dünnem Stiel vom rechten Horn des Uterus ausgehendes Myom.		Zuerst isolierte Abbindung des Tumors und Abtragung; dann Amput. ut. suprav. Extrap. Stielversorgung.	† 6 Tage p. o. an doppelseitiger Pneumonie.		Die Diagnose der Schwangerschaft wurde nicht gestellt.
Martin, op. 23. 6. 1888. (Ref. Gördes l. c. Tabelle II). 25.	40 J.	3.—4.	Myomata interstitialia uteri gravidi.			† 4. 7. 1888.		
Martin, op. 11. 11. 1888. (Ref. Gördes, l. c. in Tabelle II). 26.	37 J. II p.	4.	In der hinteren Wand des Uterus tief unten, besonders aber in der vorderen mehrere bis kleinfaustgrosse tief in der Muskalatur sitzende Myome.	Enorme Beschwerden, Appetitlosigkeit, Verstopfung. 1 Abort früher. Grosse Hinfälligkeit der Patientin.	Exstirpatio uteri gravidicum myom. intramm. et adnexis. Ein T-förmiges Drainrohr nach der Scheide geführt.	Heilung.	Foetus in Steisslage.	Am 15. Tage konnte P. aufstehen. Entlassung erst am 33. Tage nach ihrer Aufnahme, da sie Schmerzen in der linken Knie- und Schultergelenksgegend hatte, was wahrscheinlich auf thrombotische Vorgänge zurückzuführen.
Springsfeld. op. 15. 9. 1888 (Ref. Battes, D. i. Bonn 1890. 27.	37 J.	5.	Uterus von 3 grossen, sehr derben, interstitiellen Myomen besetzt; das eine, mannskopfgross, sitzt im Fundus. Die beiden anderen von Doppelfaustgrösse nehmen die hintere Fläche	Compressionserscheinungen, hochgradige Schwäche und Abmagerung.	Intraperitoneale Stielversorgung.	Heilung.	5. Monat.	

Name des Operateurs bezw. Refr.	Alter der Frauen Wievielte Schw.	Oper. in welch. Monat der Schw.	Anatomische Beschaffenheit des Tumors.	Frühere Entbindung Indication, Allgemeinbefinden.	Ausführung der Operation.	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen.
			und die Seiten des Uteruskörpers ein. Obwohl die 3 Tumoren, jeder für sich abgekapselt sind, hängen sie doch ganz unverschieblich zusammen. Die vordere Fläche des Uterus ist besetzt mit mehreren kleinen Myomen v. Wallnuss- bis Hühnereigrösse.					
More Madden, op. 1889. (The Lancet 1889, 9. 2., p. 271. 28.		4.	3grosse subperitoneale gestielte Myome. Zahlreiche kleine Myome. Der eine der grossen Tumoren zeigte ausgedehnte Verwachsungen im Becken.	Rapides Wachstum und dadurch heftige Beschwerden.	Intraperitoneale Stielversorgung.	† 5 Tage p. o. an Peritonitis.		Die Operation bot bedeutende Schwierigkeiten infolge starker Entwickelung der Blutgefässe und grosser Brüchigkeit der Gewebe. Die Zurücklassung des Uterus war geplant.
Fancourt Barnes. London, op. (16. 5. 1889. The Brit. Gyn. Journ..	32 J.	6.	Hartes Fibroid, mit Eingeweiden u. Netz verwachsen (constatiert nach einem Probeschnitt.)	Indication: heftige Schmerzen.	Der Tumor wird erst isoliert abgetragen, dann noch die Amp. supravag. gemacht wegen der vielen Insulte, die der Uterus	Heilung		Es war geplant den Uterus zurückzulassen.

29.					Extrap. Behandl. des Stiels.		
Leopold, op. 24. 10. 89. (Arch. f. Gyn. 38. Bd. 1890). 30.		4.	Mannkopfgrosses, weiches Myom der hinteren Uteruswand. An der vorderen linken Wand mehrere kleinere bis eigrosse, subseröse Knoten.	Acute Peritonitis.	Der besonders hinten verdickte Uter. sieht mit seiner Vorderfläche nach links. Er wird hervorgewälzt, die Bauchhöhle hinter ihm geschlossen, ein Schlauch ums Collum gelegt, befestigt. Das Peritoneum d. Stumpfes unterhalb des Schlauches wird mit dem der Bauchwand rings herum vernäht. Eine Spicknadel durchgelegt und darüber der Uterus abgetragen. Der Stumpf wird verschorft. Extrap. Stielversorgung.	Heilung	Foetus in Steisslage. Die Nabelschnur geht zwischen den Beinen durch.
Halter, Refer. (Wien, klin. Vortr. 1891.) Oper. am 30. 1. 1890. Aus d. Frauenklin. d. Prof. Ehrendorfer. Internat. klin. Rundschau	39 J. 1 p.	Schw. von 6—7 Woch.	Multiple Myome: An der linken hinteren Seite des Uterus ein ovales u. vaginal im Becken eingekeiltes Fibrom ($1^1/_2$ kg. schwer), handtellerbreit an der hinteren Uteruswand inserierend, den Douglas stark ausdehnend Am Fundus ein klein-	Rasches Wachstum d. Tumoren seit dem Ausbleiben d. Periode. Erscheinungen von Incarceration des retroflektierten gravid. Uterus, die lebensbedrohlich wurden.	Medianschnitt, später nach oben verlängert. Typische Unterbindung der beiden Ligg. lata u. rotunda; hierauf Anlegung eines Schlauches ums Collum. Einige cm über dem Schlauch vorsichtige Abtragung d. Corpus samt Adnexis u. Tumoren, sodass das	† 22.2.90 unter Collaps. (wahrscheinlich an chron. verlaufener Peritonitis)	

Name des Operateurs bezw. Refr.	Alter der Frauen Wie-vielte Schw.	Oper. in welch. Monat der Schw.	Anatomische Beschaffenheit des Tumors.	Frühere Entbindung Indication, Allgemeinbefinden.	Ausführung der Operation.	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen.
1892. Heft 29 u. 30. 31.			mannsfaustgrosses Myom. Unterhalb desselben an der hinteren Fläche des Uterus breitbasig aufsitzend ein drittes, halbhühnereigross. Myom; ausserdem einige kleine, bohnengrosse, subseröse Myome.		intacte Ei sich in dem abgetragenen Teile befindet. Hierauf Ausschneiden der Deciduareste u. Cervicalschleimhaut. Ausbrennung mit dem Paquelin. Extraperit. Stielversorgung.			
Egon v. Braun. op. (Geb.-gyn. Ges. zu Wien.) Sitzung 11. 2. 90). 32.		3.	Multiple Fibrome.		Extraperit. Behandlung des Stiels.		Foet. in Bekkenendlage.	Starke Compression des Foetus durch den Tumor.
Kaschkaroff, op. 9. 8. 1890. (Centralbl. f. Gyn. 1890. Sitzungsbericht für Geb. u. Gyn. Berlin 24. 10. 1890.) 33.	40 J. 13 p.	5.	Fibroma subserosum.	Die letzte Entbindung vor 7 Jahren. 2 Mon. nach ihrer Entbindung kam P. wegen Blutungen.	Nach dem Schnitt am Uterus entleerte sich eine ungeheure Menge grünlichen, stinkenden Fruchtwassers. Gummischnur ums Collum. Wegschneiden des grössten Teiles des Uterus u. Adnexen. Nach Abnahme der Gummischnur	Heilung.		Keine Temperatursteigerung in der Rekonvalescenz.

					nach Schröder, Bestreuung des Stumpfes mit etwas Jodoform, Umwicklung mit einem abpräparierten Stück des Bauchfells. Umschnürung mit dünner Gummischnur. Versenkung des Uterusstumpfes. Schliessung der Bauchhöhle.			
Lalin, op. (Ett. fall af ett interligam. utvecklade myom för trängande större delen af lilla bäckenet komplic. med. gravidität. Exstirpat. Helsa. [Svenska Läkare-Sälls-Kapets Förhandlingar, pag. 44 bis 49. Hygiea, 1891. Bd. 53. Nro. 4.] 34.	44 J. 7 p.	1.—2.	Rechte Hälfte der Beckenhöhle durch einen Tumor ausgefüllt, der den Uterus nach links vorne verdrängt.	Letzte Geburt vor 5 Jahren.	Die Ausschälung des Tumors schwierig. Der Uterus musste mit entfernt werden. Er wurde gerade oberhalb d. Os intern. amputiert, Stumpf vernäht u. versenkt.	Heilung.	Foet. 9 cm lang.	Bei einer 13 Mon. nach der Operation gemachten Untersuch. wurde im Muttermund ein Seidenfaden entdeckt. Durch Zug die ganze, oberhalb der Ligatur gelegene Partie mit sämtlichen Seidennähten entfernt. Keine Reaktion vor oder nach diesem Eingriff. Da kein Verdacht auf Schwangersch. bestand, wurde vor der Operation zur Konstatierung der Lage des letzteren die Sonde eingeführt. Die Operation wurde

Name des Operateurs bezw. Refr.	Alter der Frauen Wievielte Schw.	Oper. in welch. Monat der Schw.	Anatomische Beschaffenheit des Tumors.	Frühere Entbindung Indication, Allgemeinbefinden.	Ausführung der Operation.	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen.
								verschoben wegen Phlegm. alb. dol. am rechten Bein. Später wurde die Gravidit. erkannt an der wahrgenommenen Vergrösserung des Uterus u. öfteren Contraktion desselben bei Palpationen.
Sutton, op.- (Sutton.Stansberg, Pregnancy and Fibroma. The Cincinn. Lancet-Clinic, 1891. pag. 9) 35.		5.	Myom des Fund. uter.		Amput. supravagin.	Heilung.		Glücklicher Verlauf.
Hauser, Refer. (Arch. f. Gyn. Bd. XLI. 1891. Heft 1 u. 2: Zur Casuistik der supravag. Amput. des schwangeren myomatös. de-	36 J. 1 p.	3.	Die exstirpierte Geschwulstmasse ist im Ganzen über mannskopfgross, sie wog im frischen Zustand (+ Uterus, aber ohne Ei) 2800 gr, Sie besteht aus zahlreichen, haselnussgrossen bis	Indication: schnelles Wachstum der Tumoren.	Schnitt in der Mittellinie: Peritoneum mit d. Bauchdecken vernäht. Mit geringer Mühe werden die Tumoren aus d. Bauchwunde hervorgewälzt, wobei auch der im kleinen Becken ge-	Heilung.		30. 11. geheilt entlassen.

von Wyder (Schweiz. Corr.-Blatt. 20. 1. pag. 14. 1890) am 2.11. 1889. 36.		dem ziemlich central gelegenen, etwa faustgrossen Uterus aufsitzen. Die einzelnen Myome sind teils interstitiell, teils superit. entwickelt. Die vordere Wand des Uter. ist verdickt durch ein kleinfaustgross. interst. Myom. Es sitzt ihm ausserdem noch breitbasig ein im Ganzen über kindskopfgrosses Fibroid auf. Dieser Tumor ist mit einem knolligen Fortsatze teilweise zwischen die beiden Blätter des rechten Lig. lat. hineingewachsen. Vom untersten Teil der vorder. Wand d. Uter. entspringt noch ein etwa gleichgross. breitbasiger Tumor, teilweise nach links zwischen die beiden Blätter des linken Lig. lat. hinein entwickelt. Im rechten Lig. lat., vollständig intraligamentär, ein weiterer breitbasiger Tumor von	doch dabei stark gezerrt, sodass der Stiel zum Teil einreisst u. eine ansehnliche Blutung entsteht. Diese wird durch eine Klammer gestillt. Nun wird die Blase vorn stumpf u. quer abgelöst, sodann das Lig. lat. mit Seidennähten abgebunden u. zum Teil abgetragen. Schlauch umgelegt, geknotet und über demselben werden 3 Muzeaux'sche Zangen eingehackt, um das Abgleiten zu verhindern. Quere Abtrennung des Tumors. Keine Blutung. Die Cervicalhöhle wird trichterförmig ausgeschnitten und mit dem Paquelinschen Brenner verschorft. Dann Etagennähte: Die tiefen nur den Cervicalstumpf ohne das Periton. fassenden mit Seide; über diesen Stumpf wird das Peritoneum für sich mit Catgut ver-	

Name des Operateurs bezw. Refr.	Alter der Frauen Wievielte Schw.	Oper. in welch. Monat der Schw.	Anatomische Beschaffenheit des Tumors.	Frühere Entbindung Indication, Allgemeinbefinden.	Ausführung der Operation.	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen.
			Kleinfaustgrösse Auf der hinteren Wand des Uterus 2 faustgrosse Myome, beide mehr am unteren Teile desselben und breit aufsitzend. Auch am Fundus 2 seröse, gestielte Fibroide; das eine von Wallnussgrösse mit dickem Stiel, das andere grösser und walzenförmig. Ausser diesen 8 grösseren noch mehrere haselnuss- b. walnussgrosse subperit. Myome. Sämtlich sind sie hart, ohne cystische Erweichung oder anderweitige anatom. Veränderungen.		einigt, nachdem der Schlauch gelöst und die Blutung noch ganz gestillt worden ist. Die Blase wird durch einige Catgutnähte mit der vorderen Wand des Stumpfes vernäht. Zuletzt werden die bei der Abtragung der Geschwulst eröffneten Lig. lata mittelst Catgut geschlossen. Reinigung d. Bauchhöhle mit schwacher Sublimatlösung. Der Stiel wird versenkt Verschliessung der Bauchwunde durch tiefe u. oberflächliche Seidennähte.			
Ehrendorfer, (Innsbruck.) (Zur supravag. Amput. des Uter. wegen Fibromyome	41 J. II p.	4.	2-mannskopfgrosses Fibrom von brotlaibartiger Form, ausgehend von der vorderen Wand und zum Teil vom Fundus des	1. Abort im 2. Lunarmonat. [redacted]	Amp. ut. supravag. Extraperitoneale Stumpfversorgung.	Heilung.		Leichte Phlebitis des linken Beines.

bei noch nicht lebensfähiger Frucht. Internat. klin. Rundschau 1892. Heft 29 u. 30). 37.			tiefliektiert liegt.					
Ter-Mikaelianz, (Ref. zur Frage der Coincidenz von Myom und Schwangerschaft und der Therapie in der ersten Schwangerschaftshälfte: Wratsch 1892, pag. 472—492. Besprochen in Frommels Jahresbericht 1891) op. Phaenomenoff 6. 5. 1890). 38.	32 J.	Keine Regel seit 15. 3. 1890: also im 2. Mon.	Ein kindskopfgrosses, intraparietales Myom vorne und ein subseröses von der Grösse einer 6monati. Frucht; die übrigen Tumoren kleiner, ein apfelgrosser an d. hinteren Wand d. Cervix rechts seitlich, intraligamentär.	Die einfache Gastromyomotomie war hier wegen der multiplen u. intraligamentären Myome nicht möglich.	Seitliche Durchtrennung d. Ligg. lata, dann Schlauch. Schnitt auf den Tumor im Uterus, um ihn zu entfernen. Bei Eröffnung des Cavum uteri wölbte sich das Ei etwas vor, das oben mit dem Uter. in Zusammenhang stand. 10% Carbol; dann trichterförmige Ausschneidung der Mucosa so weit zugänglich, 4 Etagen kurz abgeschnittener Seidennähte auf den Stumpf und dann erst Bauchfell darüber vereinigt mit Einwärtsrollung der Ränder.	Heilung.		Fieberlose Heilung.
v. Rosthorn (Prag) op. 5. 2. 1892. (Wien. klin. Woch. 1893. No. 41., zur retroperitonealen Stielversorgung	39 J. Nullip.	Anfang d. 3. Mon.	Multiple subseröse u. intramurales Myom. Das ganze Abdomen war von einer knolligen, sehr derben Geschwulstmasse ausgefüllt. Mehrere hühnereigrosse Tumoren. Ein	Seit 2 Monat. Cessatio mensium, Schmerzen, Druckgefühl, Obstipation. Wachstum der Tumoren, erhebliche Anämie infolge seltener, aber schwerer	Ausnahmsweise elast. Ligatur; darüber Amputation mit dem Messer. Dabei Abtragung eines Fruchtwassersackes, der dem Beginne des 3. Mon. entsprechend grosse	Heilung.		Bis auf eine am 6. Tage aufgetretene, von einer Bronchitis herrührende Temperatursteigerung vollkommen afebriler Verlauf. P.

Name des Operateurs bezw. Refer.	Alter der Frauen. Wievielte Schw.	Oper. in welch. Monat der Schw.	Anatomische Beschaffenheit des Tumors.	Frühere Entbindung. Indication, Allgemeinbefinden.	Ausführung der Operation.	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen.
bei Myomot. nach Chrobak; Prag. med. Woch. 1893, 10. 39.			4750 gr. schweres, subseröses Myofibrom, von einem handtellergrossen Stiel von der hinteren Wand ausgehend.	Hämorrhag. Ascites. Cyanose der äusseren Genitalien.	Embryo wird herausgeschwemmt. Sonst typische Operation. Retroperitoneale Stielversorgung nach Chrobak.			verlässt a. 14. Tag das Bett. Die Schwangerschaft war trotz Sondierens nicht erkannt worden. Conception trotz bestehender secundärer Endometritis.
v. Rosthorn, (wie oben), op. 40.	39 J. Nullip.	3.	30 kg schwerer Tumor: Multiple intramurale Myome und ein kindskopfgrosses Myom der hinteren Wand des Collum, ins Beckenzellgewebe hineingewachsen.	Seit 3 Monaten Cessatio mensium. Seit dieser Zeit ein Tumor in der rechten Unterbauchgegend bemerklich.	Retroperitoneale Stielversorgung nach Chrobak. Der kindskopfgrosse Tumor musste aus dem Beckenzellengewebe ausgeschält werden. Genaue Vereinigung des entstandenen Spaltraums im Peritoneum.	Heilung.		14 Tage p. o. Entlassung. Mässige Infiltration neben dem Cervixstumpf, die auf warme Sitzbäder zurückgeht.
Lanvers (Grossesse et myoms utérins. Soc. Belge de Gyn. Ann. de gyn. et d'obst. 1892, Avril, pag. 141. cit. nach Frommels Jahresbericht					Supravaginale Amputation des Uterus mit extraperitonealer Stielversorgung.	Heilung.		

das Jahr 1892) op. 41.							
Lanelongue, op. (Tumeur fibreuse developpée rapidement sous l'influence d'une grossesse. Nouv. arch. de l'obst. et de gyn. 1892. No. 10. pag. 449). 42	27 J. Nullip.	3.		Menses seit 3 Monaten ausgeblieben. Rapide Zunnahme des Unterleibs. Wegen Kräfteverfall Myomotomie.	Supravag. Amputat. des Uterus.	Heilung.	
Klotz, op. (Demonstration eines 23 Woch. graviden Uterus m. ein. 3-kindkopfgrossen Cervixfibroid. Gyn. Gesellschaft in Dresden, 10. Nov. 1892; ref. Centralbl. f. Gyn. pag. 73). 43.	37 J. III. p.	23 Wochen.	Oedematöses, 2kindskopfgrosses Cervixfibroid, das das Becken ausfüllte.	Vor 12 Jahren Frühgeburt im 7. Monat. Eine normale Geburt. Unerträgliche Compressionserscheinungen.	Hysteromyomectomie. Chrobaksche Methode.	Heilung.	Nach Verlauf von 10 Tagen p. o. fieberfrei, ohne alle Beschwerden.

Name des Operateurs bezw. Refer.	Alter der Frauen. Wievielte Schw.	Oper. in welch. Monat der Schw.	Anatomische Beschaffenheit des Tumors.	Frühere Entbindung., Indication, Allgemeinbefinden.	Ausführung der Operation.	Resultat für Mutter	Kind	Bemerkungen.
v. Rosthorn (Prag), op. (Prag med. Wochr. 1893. No. 10). 44.		4.	Rechtsseitiges, intraligamentäres Fibromyoma uteri von über Manneskopfgrösse.	Enorm rasch. Wachstum.	Amput. colli uteri suprav. mit retroperiton. Stielversorgung nach Chroback.	Heilung.		
Chroback, op. 5. 5. 92. (Geb.-gyn. Ges. Wien. 21. 2. 93 im C. f. Gyn. 1893). 45.	37 J.	6.	5 Pfd. schwerer, necrotischer Tumor am Fundus der Gebärmutter mit cystischer Degeneration, stark fluktuierend.	Heftige Atembeschwerden und Befürchtung einer Ruptura uteri.	Amp. uteri supravag.	Heilung.	6 Mon. alte, 30 cm lange lebend Frucht im Cavum uteri.	Verlauf normal. Necrose d. Tumors in graviditate (!)
Fehling (Basel), op. 31. 1. 93. 46.	33 J. 4 p.	3.—4. Mon.	Myoma uteri interstitiale et subserosum.	1. Geb. 1880. Kind lebt. 2. Geb. eine Fehlg im 3. Monat (1885. 3. Geb. normal. 1886. Kind lebt. Wachstum des Tumors Atmungsbeschwerd.	Amp. ut grav. myom. suprav. Extrap. Stumpfversorgung.	Heilung.	Foet. $19^1/_2$ cm lang.	Näheres Krankengesch. II.
Fehling (Basel), op. Februar 1894. 47.	27 J. 1 p.	Mensis seit 6 Woch. ausgeblieben	Multiple, subseröse Myome u. grösseres subseröses, gestieltes von der rechten, vorderen Kante d. Uterus ausgehendes Myom, dessen Stiel gedreht	Rasches Wachstum der grösseren Geschwulst. Peritonitische Symptome inf. Stieldrehung.	Amp. ut. suprav. Intraper. Stumpfversorgung.	Heilung.		Näheres Krankengesch. III.

Nove Josserand (Lyon). (Lyon méd. 1893. Aug. 20. Besprechen im Centralbl. f. Gyn. 1894. No. 16). 48.		4 Woch.	Colossalfibroid, in dem der Foetus.		Hysterectomie.	Heilung.		
Banga, Henri (The Newy. Journ. of Gyn. and Obst. issued monthly: Transact. of the Chicago Gynecolog. Society, Meeting of January 19, 1894), op. 17. 11. 1893. 49.	36 J.	4.—5.		Letzte Menstruation: letzte Woche des Juli 1893.	Amp. ut. grav. myom supravag. Extraperitoneal-Methode.	Heilung.	Foetus $4^1/_2$ Woch. alt.	Unnötige Amputation!
Döderlein, op. (C. f. Gyn. 1894. No. 27. Sitzungsber. d. Ges. f. Geb. Leipzig 424. Sitzung 19. 2. 1894). 50.	38 J. Nullip.	3.		Indication: heft., zunehmende Schmerzen.	Intraperitoneale Stielversorgung nach Zweifel.	Heilung.		Verlauf ohne jegliche Reaktion: (Dieser Fall ausführlich veröffentlicht in einer im Druck erschienenen Dissertation von H. Cordes, Leipzig. G. Fock 1894).
Price, M. (Ann. otgynec. a. paed. 1892. Bd. 6, No 1, pag. 59). 51.	31 J, 1 p.	3.	Grosses breitbasiges, dem Uterus aufsitzendes Fibroid. Der Uterus ist bis zum Cervix mit Fibromknoten besetzt.	Abdomen wie im 6. Monat ausgedehnt. Peritonitische Erscheinungen.	Hystectomie.	Heilung.	Kind war abgestorben.	

Name des Operateurs bezw. Refr.	Alter der Frauen Wievielte Geburt.	Oper. in welch. Monat der Schw.	Anatomische Beschaffenheit des Tumors.	Frühere Entbindung. Indication, Allgemeinbefinden.	Ausführung der Operation.	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen.
Reamy. Th A., (Ann. of gyn. a. paed., Dez. 1893. Bd. 7. pag. 152). 52.	30 J.	?	Bis quer über den Nabel reichender, retrouteriner Tumor.	Bis vor 2 Monaten gesund, bemerkte Patient zuerst vor einem Jahr in der rechten Seite des Abdomens eine faustgrosse Geschwulst, später eine linksseitige. Seit 4 Mon. schnelles Wachstum derselben. Unterleibsschmerzen, Fluor albus, Blasenbeschwerden. Abdomen wie im 4. Mon. ausgedehnt. Cervix auffällig weich. Keine Herztöne.	Enucleation der Tumors, dann Abtragung des Uterus, da die Wundfläche zu gross, die Blutung aus derselben zu stark war. Intraperitoneale Stielbehandlung.	Heilung.		
Ross, J. F. W (The Am. Journ. of obst. March. Bd. 27, pag. 367). 53.	41 J. 2 p.	5.	Von der linken Seite des Uterus ausgehendes, bis unter die Rippen reichendes Myom.		Abdominale Exstirpation des Uterus u. Tumors.	† 4 Woch. p. o. an Ileus infolge Verwachsuug einer Darmschlinge mit der Bauchnarbe.		Zuerst glatte Heilung.
Vautrin. (Congrès français de	33 J.	4.	Fibrom im Douglas.	Compressions- u. pelveoperitonitische Erscheinung.		† 3 Tag. p. o. an Peritonitis.		

Nouv. arch. d'obst. et de Gyn. Supplément Nro. 4. pag. 188). 54.									
Bidder. (Journ. f. Geb. u. Fr., Petersburg 1889, II. cit. nach Apfelstedt. Arch. f. Gyn. Bd. 48. 1894). 55.									Heilung.

Die Indication zum Eingreifen gaben:

1. meist multiple, bisweilen intraligamentäre, breitbasige und interstitielle Geschwülste, die infolge der allgemeinen Wachstumsvorgänge während der Schwangerschaft auch ihrerseits eine Vergrösserung erfahren haben, meist derart, dass gefährliche Druckerscheinungen von seiten der Brust- und Bauchorgane entstanden. In anderen Fällen erfolgte eine Reizung des Peritoneums, so dass ein Peritonitis mit ihren quälenden Symptomen eintrat. Dies geschah in 11 Fällen, einmal infolge Stieldrehung der Geschwulst. In einigen Fällen führten Blutungen zu hochgradiger Anaemie;

2. 1 mal war Verhinderung erneuter Conception bezweckt;

3. 1 mal heftige Schmerzen (!);

4. 1 mal Kräfteverfall [neben rascher Zunahme der Geschwulst];

5. 1 mal die drohende Durchreissung der Gebärmutter (neben grosser Atemnoth);

6. 1 mal Unmöglichkeit der Beendigung des eingetretenen Aborts wegen Grösse und Sitz der Geschwulst;

7. 1 mal wegen höchst bedenklicher Incarcerationserscheinungen.

Die Geschwülste waren:

1 mal torquiert;

1 mal eingekeilt;

1 mal necrotisch und cystisch;

1 mal gangränös infolge Drucks gegen das Os sacrum

1 mal erweicht und teilweise zerfallen;

1 mal cystisch und im Zerfall begriffen;

2 mal cystisch erweicht;

5 mal auffallend weich infolge starker oedematöser Durchtränkung.

Das Alter der Operierten belief sich im Mittel auf 34,95 Lebensjahre (Minimum: 25- Maximum: 47 Jahre).

In 30 Fällen handelte es sich, was die Zahl der vorausgegangenen Geburten anlangt:

15 mal um I pp. (= 50%).

10 mal um II pp. (6 mal Frühgeburten des 2.—4. Monats) [= 33,3%].

5 mal um Mpp. [= 16,7%].

1 mal III p. (Vor 12 Jahren Frühgeburt, im 7. Monat normale Geburt).

1 mal IV p. (1. und 3. Geburt normal, 2. Geburt: Abort im 3. Monat).

1 mal VI p.

1 mal VII p. (letzte Geburt vor 5 Jahren).

1 mal VIII p. („ „ „ 7 Jahren).

Die Durchschnittszeit der Schwangerschaft, zu der die Operationen ausgeführt wurden, fällt in die Zeit zwischen 3. und 4. Schwangerschaftsmonat (Minimum 1.—Maximum 5. Monat). Bei I pp. liegt jedoch die Durchschnittszeit näher dem 3. Monate. Dies mag wohl darin seinen Grund haben, dass diese die Beschwerden, die durch die Spannung infolge der wachsenden Geschwulst und gleichzeitiger Schwangerschaft hervorgebracht werden, natürlich viel früher und viel empfindlicher (meist ältere Erstgebärende) spüren und deshalb eher an den Arzt um Abhilfe sich wenden als Mpp., deren Bauchdecken durch die früheren Geburten, besonders wenn das normale Ende der Schwangerschaft schon einmal erreicht worden, bereits schon einmal eine Dehnung erfahren haben.

Über den Erfolg der Operation ist

1 mal nichts angegeben;

40 mal erfolgte Heilung (bezw. 43 mal mit dem Frommel'schen Passus);

14 mal der Tod.

Die Mortalität der Operierten beträgt also bei der Amputatio uteri myomatosi et gravidi supravaginalis 26% (bezw. 24,14%).

Die Ursachen der 14 Todesfälle waren:

8 mal unzweifelhafte Sepsis (Tod 49 Stunden — 11 Tagen p. o.) bezw. Peritonitis, welche letztere in 3 Fällen

schon vor der Operation vorhanden war;

1 mal zweifelhafte Sepsis (Tod 64 Tage p. o. unter Erbrechen und Collaps);
Erbrechen und Collaps);

1 mal Ileus (4 Wochen p o. Zuerst glatte Heilung!);
1 mal Collaps (23 Tage p. o.; chron. verlaufene Peritonitis?);
2 mal nichts angegeben (26 Stunden bezw. 11 Tage p. o.
1 mal Peritonitis intra operationem).

Die extraperitoneale Stielbehandlung wurde in 22 Fällen ausgeführt, und zwar mit:

16 Heilungen;
5 Todesfällen (2 mal Sepsis, 1 mal Sepsis zweifelhaft);
1 mal nichts angegeben.

Mortalität der Operation bei extraperitonealen Verfahren: 23,81% (bezw. 21,74%).

Die intraperitoneale Methode der Stumpfbehandlung kam in 14 Fällen zur Anwendung; mit ihr wurden erzielt:

10 Heilungen;
4 Todesfälle (3 mal Sepsis; 1 mal Peritonitis).

Mithin beträgt die Mortalität der Operation bei intraperitonealem Verfahren 28,57%. In 5 Fällen kam das Chrobak'sche sogenannte retroperitoneale Verfahren zur Anwendung und zwar durchweg mit dem besten Erfolg.

Von Einzelheiten wäre zu erwähnen:

1. Die Diagnose der Complikation ist

a) in 5 Fällen gar nicht gestellt worden (1 mal handelte es sich um Zwillinge + Hydramnion + Tumor),

b) in 1 Fall zuerst ebenfalls nicht, sodass es zur Einführung einer Sonde kam,

c) in 1 Fall wurde die Diagnose auf Ovarialtumor und Schwangerschaft gestellt; in Wirklichkeit:

Fibroid + Hydramnion + Zwillinge.

2. Der Amputation wurden vorausgeschickt

a) 1 mal künstl. Abort wegen Retroflexio uteri,

b) 2 mal Probeincisionen in den Tumor.

3. In 3 Fällen war die einfache Myomotomie mit Zurücklassung des Uterus beabsichtigt; aber Amputatio uteri:

a) wegen interstitiellen Sitzes des Tumors;

b) wegen Multiplicität der Geschwülste;

c) wegen des breitbasigen, intraligamentären und retroperitonealen Sitzes des Geschwulst.

4. In 4 Fällen wurde die Myomotomie vorausgeschickt, dann aber die Amputation angeschlossen:

a) wegen unstillbarer Blutung aus dem Grunde der abgetragenen Geschwulst;

b) wegen der vielen Insulte, die der Uterus bei der schwierigen Operation erlitten;

c) Grund nicht genannt (Diagnose vorher nicht gestellt!);

d) wegen Entstehung einer zu grossen Wundfläche und zu starker Blutung aus derselben.

5. In 1 Fall fiel ein kleines Myom in die Abtragungsfläche ohne weitere Folgen (extrap.).

6. In 1 Fall ziemlich starke Compression des kindlichen Körpers durch die Geschwulst.

7. In 1 Fall Insertion der Geschwulst auf der Placenta.

8. In 3 Fällen Steisslagen.

IV. Kaiserschnitte. (Tabelle 4a und 4b.)

Die Weiterführung der Sänger'schen Statistik vom Jahre 1882 an (vgl. Sänger's „der Kaiserschnitt bei Uterusfibromen" in der Festschrift zum Jubiläum Crede's) bis in die neuste Zeit hinein ergiebt 20 weitere konservative und 30 Kaiserschnitte nach Porro bei Myomen des Uterus. Rechnet man die 3 von Sänger (l. c.) angeführten Fälle von Tarnier, Zweifel und Agnew hinzu, so sind überhaupt bis heute 33 Kaiserschnitte nach Porro bei Myomen der Gebärmutter gemacht worden, so weit ich die Litteratur überschauen konnte.

Tabelle IV[a].

Konservative Kaiserschnitte wegen Myomen des Uterus.

Name des Operateurs bezw. Refr. Quelle.	Alter der Frauen Wievielte Schw.	Oper. in welch. Monat der Schw.	Anatom. Beschaffenheit des Tumors. Frühere Entbindung.	Geburtsdauer bis zur Operation. Muttermund. Blasensprung. Allgemeinbefinden.	Ausführung der Operation.	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen.
O. Beumer. op. (D. med. Woch. 1882. No. 40). Arch. f. Gyn. Bd. XX. Heft 3. 1.	40 J. 1 p.	9.	Kleinkindsgrosses, intramurales Fibroma der hinteren Cervixwand, das durch alte Adhäsionen im Douglas'schen Raum fixirt, den Beckeneingang gänzlich verlegt, unverschiebbar.	Abfluss des Fruchtwassers 4 Tage nach Eintritt der Wehen; gleich darauf: Operation. Vor letzterer wurde der Tumor mit starkem Troicart v. d. Vagina aus punktiert. Das Orific. ext. offen. Die Cervix hat eine Länge von 8—10 cm und ist bis zum Os uteri mit Mühe zu passieren. Die mässig ernährte Frau leid. an Cystitis und Pyelonephritis.	Am ob. Schnittende des Uterus wird auf 2 cm Länge die Placenta getroffen. Die starke Blutung sistiert sofort nach Zuziehen des Schlauches. Keine Spur von Contraction. Uterusnaht nach Saenger subperiton. Uterusresection, 7 tiefgreifende Suturen, ohne die Decidua mitzufassen. 4 oberflächliche serös. Seidensuturen. Schluss der Bauchwunde. Schnelle Beendigung der Operat. war erwünscht.	† 36 h. o. p.	lebend 50 cm lang. 3089 gr.	Bei der Toilette der Bauchhöhle glittd. 4. Schwamm vom Halter ab, die Därme mussten zur Auffindung desselben heraus genommen werden.
Münster op. 1883. (C. f. Gyn. 1886. X). 2.	32 J. 1 p.		Retrovaginal gelegener, unbeweglicher, elast. weicher Tumor von unregelmässiger Oberfläche, die ganze Kreuzbein-	3 tägiges Kreisen. Abfluss des Fruchtwassers vor 10 Stunden. Bei der Punktion des Tumors entleerte sich eine geringe	Kaiserschnitt nach Sänger. Der Uterus zeigte sich von zahlreichen-reichlichwallnuss grossen Knoten durchsetzt. Aus dem	† 4 Tage p. o. an septisch. Peritonitis.	† Aspyktisch; erfolglose Wie-	

			aushöhlung ausfüllend und bis hinter die Cervix reichend. Zwischen Tumor und Symphyse blieb 4 cm Passage.	Menge dunklen Blutes. Vor d. Operation: Temperatur 38,4 Puls 112. Endometritis.	Uterus entleerte sich übelriechendes Gas, die Decidua verfärbt. Mehrfache Ausspülungen mit 5% Carbollösung, genaue Seidennaht.		derbelebungsversuche.	
Leopold, op. 1885. (Der Kaiserschnitt und seine Stellungetc. Stuttgart. 1888). 3.	33 J. 6 p.		Intraligamentär entwickeltes linksseitiges Uterusmyom, das den Beckeneingang verlegt. 5 Frühgeburten (sämmtlich tot) von 7—10 Monat.	Geburtsdauer: 16 h. 55!) Blasensprung 2 Min. vor der Operation. Muttermund bis 5—6 cm erweitert. Befinden bis zur Operation gut.	8tiefe Silber-, 24 oberflächliche Seidennähte 5 Umstechungsnähte. Operationsdauer: 1 h. 20.	Heilung.	lebend 48 cm. 2830 gr.	P. stand am 14. Tg. p. o. auf. Entlassung am 34. Tage. Befinden nach 7 Monaten sehr gut, Menstruation regelmässig. Uterus rechts seitlich oben i. grossen Becken. D. Drähte sind sehr leicht zu fühlen als dicke, knollige Leisten, unter denen der Uterus schmerzhaft.
Weist, (New.-York med. rec. Marsch. 13. 3. 1886. p. 301.) 4.			Fibroma cervic. uter. die ganze Beckenhöhle einnehmend.		Kaiserschnitt nach Sänger.	† 24 h. p. o.	Lebendes Kind.	

Name des Operateurs bezw. Refr. Quelle.	Alter der Frauen Wievielte Schw.	Oper. in welch. Monat der Schw.	Anatom. Beschaffenheit des Tumors. Frühere Entbindung.	Geburtsdauer bis zur Operation. Muttermund. Blasensprung. Allgemeinbefinden.	Ausführung der Operation.	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen.
Paradis, (Journ. demed. de Bruxelles. April 1886). 5.			Fibromyome des Uterus.		Kaiserschnitt m. Naht des Uterus.	†		
Eichholz, op. (Frauenarzt 1887, Heft 5). 6.	30 J. 3 p.		Myom der Cervix von der vorderen Wand ausgehend.	15 Stunden vor der Operation Beginn der Geburt.	Sectio caesarea. Elast. Constrict. Tiefe und oberflächliche Seidennähte.	† 3 Tage p. o. infolge Sepsis.	Lebendes Kind.	Während der Operation Collaps. Deshalb wurde von der Entfernung d. Myoms abgesehen und die Uterinwunde geschlossen. 2 Tage nachher wurde das verjauchende Myom in der Schamspalte sichtbar.
Drysdale, op. (Americ. med. News: Nov. 1887). 7.			Eingeklemmtes Fibrom.	Die P. kreisste während d. Operation.	Kaiserschnitt mit Uterusnaht. Zurücklassung d. Geschwulst.	† einige Stunden p. o.		
Bailey, op. (The Lancet, 12. 5. 1888 in Frommels Jahrber. 1887). 8.			Myoma uteri.		Konservativer Kaiserschnitt.	† 4 Tage p. o.	Lebendes Kind.	
C. v. Braun, op. (Wien med. Blätter 11. 50.			Incarceration eines kindskopfgrossen irreponiblen Collum-		Konservativer Kaiserschnitt.	Heilung.	Lebendes Kind.	

trabl. f. Gyn. Sitzungsber. der Geb.-gyn. Ges. Wien vom 10. 7. 1888. Braun v. Fernwald, E. und Herzfeld, K., d. Kaiserschnitt etc. Wien 1888. A. Hoelder). 9.			(Gewicht, ausgehend von d. hinteren Wand. Ein zweites nussgrosses Fibrom des Fundus uteri.					
Tuffier (Paris), op. (Annal. de Gynéc. 1889. Nov.). 10.	32 J. 2 p.	7.	2 Jahre vorher Abort im 3. Mon. Ausfüllung des kleinen Beckens u. d. Beckenschaufeln mit harten knolligen Geschwülsten. Die Masse der vielen Fibrome etwa v. Mannskopfgrösse u. 2600 gr. Gewicht hatte sich grösstenteils ins rechte Ligg. lat. hineinentwickelt und war fast völlig unbeweglich.	Klagen über heftige Schmerzen, Übelbefinden, das immer schlechter wird. Beschwerden beim Gehen. Heftige Schmerzen, besonders des Nachts. Appetitlosigkeit. Kräfteverlust. Abmagerung. Temperatur 38°. Urin eiterhaltig.	Glatte Operation. 9 tiefe Seiden- 9 oberflächliche Catgutnähte am Uterus. Unterbindung d. Tuben, da die vollständigen Adnexe nicht z. fassen.	† 1 Tag p. o. infolge Pyelonephritis (Tuffier: infolge Druckes des rechtsseitig. interligament Tumors auf den Ureter)	Lebendes Kind.	Chock, Blutung u. Sepsis sind als Todesursachen vollkommen auszuschliessen. Gleich nach d. Operation Wohlbefinden. Abends Temperatur 37,6. Puls 124. Weder Blutung, Erbrechen, noch Schmerzen. Autopsie: Rechter Ureter auf 1 cm Durchmesser erweitert, d. Nierenbecken erweitert und mit Eiter gefüllt.
[illegible] C. M. op. (Tva Kejsarsnitt ut-foerda pa Göteborgs barn-	32 J	7.	Weiches, die ganze Bauchhöhle ausfüllendes Myoma colli uteri, so dass d. Uterus hoch oben links unter dem Rippenbogen lag.	Heftige, stinkende Diarrhoen (woher?) Anurie, Albuminurie. Wehen mit Abgang von Fruchtwasser.	Sectio caesarea.	† 36 h. p. o. Urämie	Lebendes Kind.	Der Zustand blieb derselbe wie vor der Operation. Die Autopsie ergab: intensive paren-

Name des Operateurs bezw. Refer. Quelle.	Alter der Frauen. Wievielte Schw.	Oper. in welch. Monat der Schw.	Anatom. Beschaffenheit des Tumors. Frühere Entbindung.	Geburtsdauer bis zur Operation. Muttermund. Blasensprung. Allgemeinbefinden.	Ausführung der Operation.	Resultat für		Bemerkungen.
						Mutter	Kind	
bördshus. Hygica Bd. 51, 1889, No. 12. p. 729. cit. nach Frommels Jahresb. 1889) Gothenburg. 11.								chymatöse Nephritis.
Everke (Bochum) op. (D. med. Woch. 16. 29. 1890) 10. 3. 1889. 12.	36 J. 5 p.		Retrocervic pralles Myom in der Beckenmitte drängte das rechte Scheidengewölbe herab und bewirkte solche Verengerung, dass die Entwicklung selbst des verkleinerten Kindes unmöglich war.	2 tägiges Kreissen. Sehr starke Wehen. Blasensprung 9 h. nach Beginn der Wehen. Zangenversuche. Probeincision des Tumors.	Kaiserschnitt nach Sänger. Nach der Operation gelang es von der Scheide aus mit Benutzung der Probeincessionswunde den m. Muzeauxscher Zange herabgezogenen Tumor mit dem Finger in toto auszuschälen.	Heilung.	Lebend.	In den ersten Tagen Temperatursteigerung von 38—39°. Puls 120—140. Baldige Besserung. Nach 4 Wochen geheilt entlassen.
Gibb, op. (Labor complic. by a fibr. tumor, caesar. section. Med. News. Philad. 1890, 6. 333. Nch. Frommels Jahresber. 1890).	35 J. 1 p.		Becken ausgefüllt durch ein hartes, kurz u. dick gestielt von der hintern Wand des Uterus ausgehendes, im Becken adhärentes Myom, 2 Pfd. schwer.	Geburt schon seit 48 Stunden im Gange.	Nachdem die Uteruswunde geschlossen war, liess sich der Tumor emporheben Er wurde versorgt u. abgetragen, danach Bauchschluss, nachdem heisses Wasser in die Bauchhöhle gegossen war.	† 5 Tage p. o. an sept. Endometritis und Pelveoperi-	Leicht asphyctisch. 9 Pfd. schwer	

bourne), op. (Austral. med. journ. XII.4.p. 145. April 15. 1890, besprochen im C. f. Gyn. 1891). 14.			nicht gestieltes Fibrom Die Tumoren sind incarceriert und können nicht reponiert werden. Gleichzeitig besteht eine Retroflexio uteri gravidi incompleta.	abfluss. Zustand der Frau bedenklich. Unmöglichkeit der Entbindung per vias natur. Ein Ellbogen im Muttermund.	Entwickelung d Uterus aus den Bauchdecken; Kompression des unteren Segments mit d. Händen. Enorme Blutung. Der Kopf des Kindes lässt sich kaum aus der retroflektiert gewesenen Partie des Uter. herausziehen. Eines der Myome lag in der Schnittfläche. Deshalb macht auch die Vereinig. d. Schnittflächen des Uterus Schwierigkeiten. Zu diesem Behufe wird ein spindelförmiges Stück Musculatur excidiert. Uterusnaht Kängurusehne, Bauch mit Silber und Seide. Bauchfelltoilette mit warmem Wasser. Cervix nicht drainiert.	p. O.	starb während d Operation.	
Salin (Stockholm), op. 6.8. 1890. (Två med. framgang utförda kejsarsnitt. Hygiea, Bd. 52.	43 J. 1 p.		Myom, ausgehend mit einem daumdicken Stiel von der hinteren, unteren Wand des Uterus, fest verwachsen mit dem Beckenperitoneum, gross u.	Operation sofort nach Beginn der Wehen.	19 tiefe u. fast 40 seroseröse Nähte. Uterus atonisch, wurde durch Reiben erst nach bedeutendem Blutverlust zur Zusammenziehung gebracht.	Heilung	Leben-des Kind. 3900gr Gedeiht vorzüglich	Das Puerperium war durch Bluterguss neben den Uterus, Thrombose der einen unteren Extremität u. Lähmung

Name des Operateurs bezw. Refer. Quelle.	Alter der Frauen. Wievielte Schw.	Oper. in welch. Monat der Schw.	Anatom. Beschaffenheit des Tumors. Frühere Entbindung.	Geburtsdauer bis zur Operation. Muttermund. Blasensprung. Allgemeinbefinden.	Ausführung der Operation.	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen.
1890, Heft 12. Svenska Läkaresällsk. Förhandl., pag. 240—441, besprochen in Frommels Jahresbericht 1890).			völlig unbeweglich den Beckeneingang verlegend.					der Harnblase etwas gestört. Erst 6 Wochen p. o. war P. fieberlos.
15. v. Ott, op. (Wratsch, St. Petersb. 1891. p. 221, 245: 3 Sectiones caesareae.	30 J. 1 p.		Im rechten Scheidengewölbe ist ein 2faustgrosser Tumor zu fühlen. Er ist fast unbeweglich, ragt tief ins kleine Becken u. ist intraligamentär entwickelt, weshalb die Entfernung des Tumors unmöglich war.	2 Tage lang schwache Wehen; das Collum lässt den Finger nicht ein. Am 3. Tage starke Wehen. Operation beschlossen. Entbindung p. v. n., auch mit Embryotomie unmöglich, weil der Tumor nicht verschieblich.	Tiefe u. oberflächliche Nähte. Ergotin. Sofort nach Schlauchabnahme starke Blutung. Massage vergeblich, sodass der Tampon entfernt wurde. 2 heisse Irrigationen. Druckverband.	Heilung.	Lebendes Mädchen in Schädellage.	Wochenbett 9 Tg. ohne Fieber, dann 2 Woch. subfebril. Keine Druckerscheinungen von seiten d. Tumoren. 7 Mon. p. o. war der Tumor nur wenig verkleinert. Rectaldiastase in der Nabelgegend.
16. Orlow, op. (Wracz. 1892, p. 1281 (russisch); in Frommels Jahresb. 1892) am 28. 3. 1892.	36 J. 5 gr.		3 normale Geburten, die vierte im 7. Mon. vor $1^1/_2$ Jahren. Retrocervicales Myom von Mannskopfgrösse.	Im 7. Schwangerschaftsmonat wurde eine erfolglose Punktion gemacht vom hinteren Scheidengewölbe aus. Entbindung p. v. n. war unmöglich. In Be-	Konservativer Kaiserschnitt u. Kastration.	Heilung.	Leben- der Knabe von 2840 gr	Mutter und Kind am 39. Tage p. o. entlassen. Bei d. Entlassung war der Tumor etwas verkleinert, Puerperium normal.

				Tumors von der Scheide aus gewesen. Geburtsbeginn am normalen Ende der Schwangerschaft; sofort: Operation.				
Picqué, op. (Gaz. des hôp. 1893. Nro. 37. im C. f. Gyn. 1893). 18.	37 J. 1 p.		Im rechten Horn des Uterus ein hühnereigrosses Fibrom; ferner ein Fibrom der portio supravaginalis colli, das die ganze Beckenhöhle ausfüllte. Reposition des letzteren unmöglich.	Nach Eintritt der Wehen und Blasensprung sofort Operation.	Sectio caesarea. Der Uterus blieb zur Incision und Naht in situ. Naht durch tiefe, die ganze Wandung des Uter. ausser der Mucosa fassende u. oberflächliche seroseröse Nähte. Das Myom wurde zurückgelassen.	Heilung.	Leben des Kind in I. Querlage.	28 Tage p. o. Entlassung d. Mutter nach durchaus fieberfreiem Wochenbett. Gute Entwickelung des Kindes.
Wettergren, Karl (Arboga) Hygiea 1893. Bd. 55. Nro. 11. pag. 455—463 19.	36 J. 1 p.		Hochgradig allgemein verengtes Beken u. intraligamentär entwickeltes Cervixmyon.	Operation etwa 40 h. nach Beginn der Geburt; 17 Stunden nach Abgang des Fruchtwassers und nachdem vergebliche Zangenversuche von anderer Seite zu Hausevorangegangen		† 4 Tage p. o. Nachträglicher Chloroformtod? Lungenembolie?	Leben des Kind.	2 Serosanähte hatten durchgeschnitten; Nahtlinie ganz fest (alle Nähte von Seide), undurchgängig. Wundflächen nicht verklebt. Deutl. Zeichen von Peritonitis. Verfasser ist geneigt zu glauben, dass die Todesursache nicht Peritonitis, sondern Chloroformnachwirkung sei, ohne genügende

Name des Operateurs bezw. Refr. Quelle.	Alter der Frauen Wievielte Schw.	Oper. in welch. Monat der Schw.	Anatom. Beschaffenheit des Tumors. Frühere Entbindung.	Geburtsdauer bis zur Operation. Muttermund. Blasensprung. Allgemeinbefinden.	Ausführung der Operation.	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen.
Coe (New-York), H. C. (Americ. J. o. Obst 1892. II., pag. 466) op. am 26. 7. 1893. 20.	35 J.		Fibroma cervicis Uteri.			Heilung.	Leben des Kind.	Gründe für diese Anschauung anführen zu können. Eine mikroskopische Untersuchg. der Organe fehlt. Die Narcose dauerte 2 Stunden; 125 gr Chloroform wurden verbraucht. Das Cervixmyom mass 8 Mal 4 cm und war mit dem Uterus nur lose verbunden, lag völlig extraperitoneal im Beckenzeligewebe.

Tarnier. op. 1879 (Ann. de Gyn., Aug. 1879, Matériaux pour servir a l'histoir de l'amput. utéro-ovarigne etc. Mémoire, A. Parent 1879. Berruti Fall 26. C. f. Gyn. 1879, 22). 1.	33 J. 1 p.	9.	Das ganze kleine Becken durch einen wenig beweglichen fibrösen Tumor ausgefüllt, ein zweiter kleinerer an der linken Seite des Uterus.	7 Tage nach dem Blasensprung, nachdem man vergeblich auf das Emporsteigen des Uterus gewartet und die Frau schon schwer septisch erkrankt war.	„Antiseptische" Operation nach Porro. Stiel bestehend aus dem Collum und der Kapsel des in jauchigem Zerfall begriffenen, teilweise ausgeschälten Fibroms.	† 3 Tage p. o. an Sepsis.	† putrid. 4500gr	
Zweifel, op. 1880 (Arch. f. Gyn. 17, 3). 2.	37 J. 1 p.	7.	Das kleine Becken von einem hoch in die Bauchhöhle ragenden vielknotigen Fibrom erfüllt.		Operation nach Porro. Uterus aus d. Bauchhöhle herausgewälzt. Der Schnitt traf mehrere Geschwülste. Verkleinerung des enormen Stiels durch Excision.	† 5 Tage p. o. an Septicämie.	lebend.	Verlauf in den ersten beiden Tagen günstig; dann Collaps, Fieber etc.
Agnew, (Philad.) op. 17. 8. 1880 (A. R. Simpson, Clin. lect. on a case of caesar. Hystero-Oöphorectomy, or Porros Operat. with Remarks, Brit. med.	?	?	?	?	?	†	†	

Name des Operateurs bezw. Refr. Quelle.	Alter der Frauen Wievielte Schw.	Oper. in welch. Monat der Schw.	Anatom. Beschaffenheit des Tumors. Frühere Entbindung	Geburtsdauer bis zur Operation. Muttermund. Blasensprung. Allgemeinbefinden.	Ausführung der Operation.	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen.
Journ. 1881. 11. Juni Nro. 1067 und ff. Simpson'sche Liste=No. 60. 3.								
L. Prochownik op. 1888. D. med. Woch. 1882). 4.	40 J. 1 p.	7.	Ein im kleinen Becken eingekeiltes, kindskopfgrosses, hartes, absolut unbewegliches Fibromyom, das sich breitbasig an einer grösseren Fläche der hinteren Wand des Uterus inserierte, 2 apfelgrosse, von einander unabhängige gegen die Basis verschiebliche Fibromyome, an der Uterusfläche links und rechts durch die Bauchdecken zu palpieren.	Wegen hochgradiger Beschwerden und Unsicherheit in der Diagnose wurde der Uterus von den Bauchdecken aus punktiert. Abfluss von 1100 gr. Fruchtwasser. Am 4. Tage nach der Punktion geringer Fruchtwasserabfluss aus der Scheide und Eintritt gelinder Wehen. Vergebliche Repositionsversuche. Tags darauf Operation. Schwache Frau mit Zeichen v. Atheromatose der Gefässe. Temperatur vor der Operation etwas erhöht.	Operation nach Porro. Zuerst der Uterus scheinbar bis dicht über das Os int. abgetragen, dann Abtragung des Beckentumors, nachdem es mit grossen Mühen gelang, ihn durch combinierte Handgriffe emporzuwälzen. Nach Anlegung des Péanischen Drahtschnürers unterhalb der Basis des Tumors wurde das noch übrig gebliebene Stück des Uterus abgetragen. Der Stiel ringsum nach Hegar mit Peritoneum umsäumt u. extraperitoneal befestigt. Keine Drainage des Douglas. Operationsdauer $1^3/_4$ h.	† 60 h. p. o.	† zeigte für Sepsis. 2 Minuten spärliche Respirationen.	Da sich septische Erscheinungen 30 h. p. o. einstellten, wurde der Douglas eröffnet, mit Aq. chlor. ausgespuelt und drainiert, wobei sich blutigjauchige Flüssigkeit entleerte.

po. 1882. (Dystokie veranlasst durch einen Tumor am Collum uteri, Arch. de Tocol. 1883. Juni. Lyon méd. Nro. 20 1882). 5.		füllend, irreponibel. Vor 2 Jahren die 15. Geburt ohne Kunsthilfe.		tigen Blasensprungs stark stinkenden Fruchtwassers gelangen einige Tropfen in die Bauchhöhle. Exstirpation des Uterus über dem Tumor nach Porro. Extraperitoneale Stielversorgung.		macériert.	nach ein Myom gewesen. Vollständige Heilung nach 2 Monaten. Tumor etwas verkleinert. Gangränescenz des Stiels. Perforation eines intraperitonealen Abscesses nach aussen.
Sänger, op. 3. 3. 83. (Ein Fall von Porro-operation bei Missed labour und multiplen Myomen des Uterus. Centralbl. f. Gyn. 1885). Arch. f. Gyn. Bd. 26. 1885). 6.	41 J. 1 p.	Multiple Myome: 5 Myome, 3 härtere von Wallnuss- bis Hühnereigrösse, 2 weichere v. Doppelfaustgrösse im Zustand totaler Fettnecrose.	Schwache, schliesslich keine Wehen am Geburtstermin. Aufhören der Kindsbewegungen, Abgang von Meconium.	Wegen der multiplen Myome und weil die Eihöhle i. Zersetzung, Porro und nicht konservativ. Eines der Myome wurde durch den Uterusschnitt gespalten. Stumpf nach Hegar im unteren Wundwinkel fixiert.	† $2^1/_2$ Tage p. o. an Sepsis.	† Kind abgestorben.	
Fibbi (Spoleto), op. (Porro. Ann. di obstetr. etc. 1885 Sept.-Oktob. 7.	32 J. 1 p.	Multiple Myome, meist subserös, das grösste Myom orangengross, ausgehend von der hinteren Wand des Uterus, hineinragend ins Becken.	4 tägige Geburtsarbeit.	Eröffnung des Uterus. Unterbindung der beiden Parametrien. Später wird eine elastische Ligatur ums Collum gelegt. Extraperitoneale Stielversorgung.	† 24 h. p. o. an Collaps	† Foet abgestorben.	Section; Blut in der Beckenhöhle. Eine Ligatur des linken Parametriums hatte sich gelöst.

Name des Operateurs bezw. Refr. Quelle.	Alter der Frauen Wievielte Geburt.	Oper. in welch. Monat der Schw.	Anatom. Beschaffenheit des Tumors. Frühere Entbindung.	Geburtsdauer bis zur Operation. Muttermund. Blasensprung. Allgemeinbefinden.	Ausführung der Operation.	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen.
Handfield Jones, op. (Obst. transact. Vol. 27. 1885. 8.		Ausgetragen.	Das kleine Becken durch ein von der hinteren unteren Hälfte des Uterus mit kurzem, dickem Stiel ausgehendes Myom völlig ausgefüllt. Zwischen Tumor und Symphyse eine Passage von 2cm.		Kaiserschnitt nach Porro. Nach Eröffnung der Bauchhöhle und Lösung der Adhäsionen des Tumors mit der rechten Beckenwand wurde ein Schlauch unterhalb des Tumors um das Collum gelegt. Uterus sammt Anhängen abgetragen.	† 3 Tage p. o. an Peritonitis.	?	Über Behandlung des Stumpfes, sowie Schicksal des Kindes ist nichts angegeben.
M. Hofmeier op. (D. med. Woch. Juli 1886). 9.	46 J. 1 p.	8 ?	Multiple Uterusmyome. Von der Mitte der hinteren Wand gehen von einem gemeinsamen Stiel, der 2—3 Finger dick, 2 etwa $1^1/_2$ Faustegrosse, sehr harte, zum Teil regressiv veränderte Myome aus, von denen das im Douglas liegende und allseitig verwachsene das Geburtshindernis bildete.	Das Fruchtwasser ging in der Nacht vor dem zur Ausführung der Operation festgestellten Tage ab. Der Allgemeinzustand der Patientin im hohen Grade elend, da sie, an sich von zarter Constitution, mehrere Monate bettlägerig war.	Amput. ut. in der gewöhnlichen Weise, ohne vorher die Anhänge unterbinden zu können. Vernähung des Stumpfes nach Ausschneidung der Cervixschleimhaut zunächst mit Catgut, dann einer umfassenden Reihe von Seidenknopfnähten. Zusammenziehung des Peritoneums mit Catgutnaht über den Stumpf. Versenkung desselben. Es folgt die Aus-	Heilung.	Lebend 5 Pfd.	P. verliess am 14. Tage das Bett und erfreut sich seitdem einer zunehmenden Gesundheit. Das Kind nahm in den ersten beiden Wochen bereits 400 gr. zu. Fall von Madeira!

					Haupttumoren, tiefgreifende Nähte an den blutenden Peritonealflächen Schluss der Bauchhöhle.			
Klotz, op. (C. f. Gyn. 1887. Nro 22). 10.	31 J. 1 p.	9.	Die obere Hälfte des klein. Beckens durch ein glattes, rundes, unbewegliches Fibrom ausgefüllt. Es schien im Lig. lat. eingebettet zu sein u. liess sich nach rechts bis zur Crista ilei abtasten.	Die Wehen begannen 30. h. vor der Operation. Hochstand der Cervix. Os uteri geschlossen. Kein Fruchtwasser abgegangen.	Der Uterus liess sich wegen Fixation nicht herauswälzen. Nach Unterbindung d. Lig. lat. zeigt sich, dass der Tumor im Becken eingekeilt war. Abtragung nach Porro. Der Stumpf wird in die Bauchdecken eingenäht. Minimaler Blutverlust. Operationsdauer $^3/_4$ h.	† Selbstmord. 4 Tage p. o.	lebend 3750gr	Am 4. Tage wurde die Bauchwunde wegen Erscheinungen von Darmeinklemmung wieder eröffnet u. der Darm gelöst. Bald sistierte das faecale Brechen. Patientin strangulierte sich aber mittelst einer Schürze bei vollkommen klarem Bewusstsein. Keine Section.
Schroeder, op. 3. 1. 1887. (Hofmeier, Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 14. 1888). 11.	45 J. 3 p.	9.	Zahlreiche Myomata uteri. Während der 2. Schwangerschaft 1885 leitete Schröder im 3. Monat den künstl. Abort ein, da durch Myome des mittleren Teils der rechten Cervixwand der ganze Cervix nach links hinübergedrängt war u. wegen der Gefährlichkeit der Sectio caes. an sich. Jetzt schiebt sich ein	Wenige Stunden nach der plötzlichen Einstellung heftige Wehen mit reichlichem Wasserabfluss. Muttermund und Cervix etwa zwei Finger hindurchlassend. Die Einleitung der künstl. Frühgeburt bei dieser Schwangerschaft war ohne Erfolg geblieben.	Amput. unterhalb mehrerer in d. recht. Wand der Cervix sitzender Myome, von denen das eine auffallend hart und mit dem Peritoneum stark verwachsen war; trichterförmige Excision des Cervikalkanals und Etagennaht des ganzen Stumpfes mit fortlaufenden Calgutnähten. Das Peritoneum	Heilung.	Lebend nach lange fortgesetzten Schulzeschen Schwg.	P. verlässt am 15. Tage das Bett, am 26. Tage die Anstalt. Die Cervix gut zurückgebildet, steht etwas nach links, rechts neben ihr ein harter, nicht sicher zu umgrenzender Tumor.

Name des Operateurs bezw. Refr. Quelle.	Alter der Frauen Wievielte Geburt.	Oper. in welch. Monat der Schw.	Anatom. Beschaffenheit des Tumors. Frühere Entbindung.	Geburtsdauer bis zur Operation. Muttermund. Blasensprung. Allgemeinbefinden	Ausführung der Operation.	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen.
			faustgrosses Convolut von Myomen beim vorliegenden Kopf üb. den Beckeneingang von rechts herüber. Relative Indication.		wird darüber vernäht und noch einige tiefe Seidennähte durch den Stumpf gelegt, da es ziemlich stark in d. Scheide geblutet hatte. Versenkung d. Stiels. Dauer d. Operation: $1^3/_4$ h.			
Spencer Wells, op. (Brit. med. Journ. Oct. 1887). 12.			Fibroma uteri.		Porro.	Heilung.	lebend.	
Ullmann, op. (Två Kejsarsnitt utförda på Göteborgs baru-hordshs. Hygiea Bd. 51. 1889, No. 12, p. 729). 13.	39 J.		Mehrere subseröse Myome, das grösste gänseeigross + Kystoma intralig. ovar dxt., das aber erst am Anfang der rechtzeitigen Geburt entdeckt wurde.	Der Muttermund öffnete sich trotz mehrtägiger Geburtsarbeit nicht.	Laparotomie. Ausschälung der grossen völlig subserös entwickelten Eierstockcyste. Der Uterus wurde, da sich eine ganze Menge kleiner Myomknoten vorfand, amputiert. Extraperitoneale Methode.	† 61 Tge. p. o. unter Ileus.	lebend.	Wochenbett zuerst gut. In de- 4. Woche rechtsseitige Lungenentzündung. Nach Besserung letzterer: Albuminurie und Fieber. Kräfteverfall mit Zeichen v. behinderter Passage im Darm.
Black, op. (Med. news 1889. Nov. 2. p. 480). 14.	Rachitische Zwergin.		Uterus mit Fibroiden besetzt. Im rechten breiteu Musterband fand sich bei der Operation eine grössere	Conj. ver. etwa 3 cm. Beckeneingang für etwa 2 Finger durchgängig.	Beim Einschnitt in den mit Fibroiden besetzten Uterus riesige Blutung. Ab-	† 3 Tage p. o.	lebend.	

			kleinere von d. Grösse eines Hühnereis.		nach Entfernung der Frucht.			
Pryor, op. 27. 10.1889 (New-York). (A case. of Porros Oper. Amer. J. of obst., New-York 1890. 23. 523. 15.	42 1 p.		2 faustgrosses Fibroid der Cervix.	Fieber u. übelriechender Ausfluss, Gelbsucht, Auftreibung u. Schmerzhaftigkeit d. Abdomens.	Reichl. Fibringerinsel auf dem Uterus. Därme verklebt. In der Schnittlinie am Uterus 2 interstitielle Fibroidknoten, die sich weit aus ihrer Kapsel hervordrängten, so dass die Vereinigung der Wundflächen unmöglich. Uterusinhalt zersetzt. Der enorme Stumpf wurde mit d. Drahtecraseur versichert. Bauchhöhle mit Borsäurelösung ausgewaschen. Bauchdeck. um den Stumpf vereinigt, sowie ein Glasdrain eingeführt. 6 h. später begann der Stumpf zu nässen, weswegen die Ecraseurkette festergezogen und mittelst Paquelin verschorft wurde. Extraperitoneale Methode.	† 3 Tage p. o. Periton. sept.	† totfaul	
Sänger, op. (Der Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig in der Sitzung vom	34 J. 5 p.	Ende.	Ein im unter. Uterinsegment sitzendes Myoma uteri, die Erweiterung d. Cervix verhindernd. Letztere	Wasserabfluss ohne vorausgegang. deutl. Wehen. Geburt p. v. n. nur möglich mit grösster Gefährdung	Bauchschnitt. Herauswälzen des Uterus. Provisorische Gummiligatur. Einschnitt in die Vorderwand	Heilung.	lebend. Schulterlage.	Verlauf d. Puerperiums glatt. 2 mal leichte Temperatursteiger. infolge d. Stauung

Name des Operateurs bezw. Refr. Quelle.	Alter der Frauen Wievielte Schw.	Oper. in welch. Monat der Schw.	Anatom. Beschaffenheit des Tumors. Frühere Entbindung.	Geburtsdauer bis zur Operation. Muttermund. Blasensprung Allgemeinbefinden.	Ausführung der Operation.	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen.
16. 12. 1889 mitgeteilt von Donat). 16.			bleibt f. einen Finger durchgängig. EineFehlgeburt. Dreimal durch Kunsthilfe von toten Kindern entbunden.	der Mutter u. mit Zerstückelung d. Kindes. Letzteres aber lebensfrisch. Fehlen von Infektionserscheingn. seitens d P. Das grosse Myom nicht reponierbar, von der Scheide aus nicht entfernbar. Wunsch eines lebenden Kindes.	des Uterus, der von zahlreichen Myomen durchsetzt ist. Abtragung desselben. Interperiton. Behandlung d. äusserst umfänglichen, noch d. grössten Teil d. Cervixmyoms einschliess. Stumpfes durch Etagennähte u. symperiton. Decknaht (Seide). Toilette der Bauchhöhle u. des Douglas. Drainage desselben durch ein gekrümmtes u. mit Jodoformgaze locker ausgestopftes Glasrohr. Schluss d. Bauchwunde bis zur Drainöffnung.			von Secret wegen Aussetzens des sonst täglichen Verbandwechsels. Drain am 20. Tge. entfernt.
v. Ott (Petersburg), op. (Arch. f. Gyn. 37. 1890). 17.	30 J. 1 p.	9.	Multiple, teils interstitielle, teils subseröse Uterusmyome, von denen das eine von dem unteren Cervixteil ausgehend, subperitonal entwikkelt, m. d Umgebung	In den letzten Tagen klagte P. über wehenartige Schmerzen u. Kurzatmigkeit, wobei die Herztöne der Frucht immer undeutlicher wurden. Die P. mit tief einge-	Ohne die Zeit mit Versuchen, den verwachsenen Tumor aus dem klein. Becken hervorzuholen, zu verlieren, wurde der Uterus samt Adnexen amputiert, der Tumor	Heilung.	lebend.	Die Heilung selbst verzögerte sich durch Bildung eines Abscesses in den Bauchdecken und Ausstossung (2 Mon. p. o.) ei-

		die Einführung eines Fingers in die Scheide schwer war.	ist ausserordentlich abgemagert.	gelassen. Der Stumpf wurde aus 2 seitlichen Lappen gebildet, was wegen der Grösse seiner Oberfläche bequemer war. Bedeckung desselben mit dem Peritoneum. Im Ganzen 70—80 Nähte. Versenkung in die Bauchhöhle.			Gewebsfetzen mit daran sitzenden Knopfnäht. Nach 1½ Jahren p. o. hatte die Rückbildung des zurückgelassenen Fibromyoms solche Fortschritte gemacht, dass es kaum noch nachgewiesen werden konnte.
Biggar, op. (3 Fälle von Sectiones caesareae. New-York med. record. 38. 13. Sept. 27. 1890. p. 344). 18.	43 3 p.	10 Pfd. schweres Fibrom am unteren Teile des Uterus.	Geburtsdauer schon 22 Std.	Kaiserschnitt mit nachheriger Extirpation des Uterus nach Porro.	† Nachblutng.	† abgestorb. 12 Pfd. schwer	Pat. starb infolge Nachblutung aus dem Stiel, der in einer Keith'schen Klammer befestigt war.
Landau, op. 10. 11. 90. Samml. klin. Vortr., Neue Folge No. 26. 1891. Berl. kl. Wochenschr. 1890) No. 52. 19.	28 J. I p.	Retrocervicales u. retrouterines Myom, wodurch der Beckeneingang vollständig verlegt war. Multiple bis nussgrosse, interstitielle und subseröse Myome.	Porto nicht erreichbar Fruchtwasser völlig abgeflossen. Operation am normalen Ende.	Öffnung der Bauchhöhle Hervorwälzen des Uterus. Wegen Multiplicität der Tumoren Amputatio uteri sammt Ovarien. Der Stumpf wurde mit Etagennähten versorgt. Intraperitoneale Stielbehandlung. Drainage der Bauchhöhle mit Jodoformgaze, die vom Douglas'schen Raum	Heilung.	Leben des Mädchen, 7 Pfd schwer wohl und munter.	Verlauf vollkommen ungestört Wohlbefinden 10 Tage p. o. Höchste Temperatur 37,1° Entlassung 3½ Wochen p. o.

Name des Operateurs bezw. Refr. Quelle.	Alter der Frauen Wievielte Schw.	Oper. in welch. Monat der Schw.	Anatom. Beschaffenheit des Tumors. Frühere Entbindung.	Geburtsdauer bis zur Operation. Muttermund. Blasensprung Allgemeinbefinden.	Ausführung der Operation.	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen.
					zum untersten Wundwinkel der Bauchwunde durchgeleitet wurde.			
Jahreis, op. (Ein Fall von Sect. caes. nach Porro wegen multipler Myome mit glückl. Ausgang f. Mutter und Kind. München. med. Woch. 21. 1891). 20.	40 J. I p.		2 subseröse, üb. kindsfaustgrosse Myome d. Corpus uteri. Die linke Hälfte des Beckens in den oberen Partieen durch einen soliden irreponiblen Tumor ausgefüllt, der nach rechts herüberragend, das Promontor und die obere Hälfte des Os sacrum bedeckt.	Geburtsdauer schon 36 Stunden. Seit 24 h. Fruchtwasser abgeflossen.	Kaiserschn. Bei Hervorwälzung des mit den bei den diagnostizierten und ausserdem noch vielen kleinen Myomen durchsetzten Uterus wurde der Stiel des von der hinteren Uteruswand, tief im unteren Uterinsegment, ausgehenden subserösen Myoms abgerissen. Abtragung des Uterus. Intraperit. Methode. Exstirpation des im Stiel abgerissenen Myoms. Schluss der Bauchhöhle. Dauer $2^1/_2$ Stunden.	Heilung.	Lebend gedeiht gut bei künstl. Ernährung, befand sich in Steisslage.	Vorzügliches Befinden einige Tage p. o. Höchste Temperatur 38. Entlassung 4 Wochen p. o.
Lesi, op. (Lesi, La 3. operat. del Porro. Raccoglitoremed., Forli 1891. p. 5–9; in Frommels Jahresb. 1891). 21.			Multiple Myom.			Heilung.	lebend.	

Frommel, l. c. Nach Harris, The Porro operation, New-Jork, Journ. of Gyn. April 1893 Ann. Gyn. an Paedat, Philadelphia 1890/91, p. 345. 22.								
Black, op. (Black, J. F. Porro's Operat. mother and child saved. Brit. M. J. Lond. 1892. Bd. II. pag. 128 cit. nach Frommels Jahresb. 1892. Centralbl. für Gyn. 1892, No. 49; Refer. aus Med. record 1892. Juni 25. 23.	36 J. I p.		Multiple Uterus-fibroide seit 6 Jahren.	Operation etwa 1 Woche vor der erwarteten Entbindung.	Porro.	Heilung.	Leben- des Mädchen $8^1/_2$ Pf. schwer	Die Mutter erholt sich rasch und kann 8 Wochen p. o. entlassen werden, nachdem sie schon 2 Wochen vorher umhergegangen war.
Fernandes G. R. (Amput. de l'utér. plein et de ses annexes. Travail avancé, procidence	35 2 p.	?		12 Stunden vor der Operation Blasensprung.	Schnitt vom Nabel zur Symphyse wird später verlängert um 6—7 cm.	Heilung.	† Abgestorben.	Die Diagnose war vorher nicht gestellt. Temperatur 37, 6—38. Am 17. Tage Ent-

Name des Operateurs bezw. Refr. Quelle.	Alter der Frauen Wievielte Schw.	Oper. in welch. Monat der Schw.	Anatom. Beschaffenheit des Tumors. Frühere Entbindung.	Geburtsdauer bis zur Operation. Muttermund. Blasensprung. Allgemeinbefinden.	Ausführung der Operation.	Resultat für		Bemerkungen.
						Mutter	Kind	
du cordon, pedicule interne Guérison. Conférence faite à la Société des Sciences médic. de Lisbonne. séance du 13. Fevr. 1892. Referat in Frommels Jahresber. 1892). 24.					und der gravide Uterus sammt seinem Myom vorgewälzt; Lig. lat. beiderseits mit je 2 Klammern abgeklemmt, elast. Ligatur ums Collum. Typische Amputatio uteri 6—8 cm oberhalb der Ligaturstelle, nachdem die Ligg. lata mit fortlaufender Catgutnath abgebunden. Ausätzen der Cervix mit starker Carbollösung, Verschorfung d. Schleimhaut und Vernähen des Uterusstumpfes in 3—4 Etagen mit Catgut und Ueberkleiden des Stumpfes mit Serosa, Stumpf versenkt Bauchtoilette.			leerung eines Bauchdeckenabscesses. Fast alle Fäden eitern. Heilung 30 Tage p. o. Frau gesund entlassen.
Kaltenbach, op. III. 1892. (Referat von Voigt i. d.	32 J. 1 p.	Ausgetragen.	Ueber kindskopfgrosses, breitbasiges, hartes, unbewegliches Myom der Cervix	Abfluss des Fruchtwassers ohne Wehen; am selben Tage die Operation. Die Portio	Operation nach Porro. Uterus sammt Tumor abgetragen. Extraperitoneale Behand-	Heilung.	lebend 56 cm. 4720 gr.	2 Stunden p. o. lebensgefährliche Blutung per vaginam, die auf Tam-

Nr. 22). 25.			ausfüllend.	tion.				Antiseptica. Ursache der Blutung: Die Verletzung eines grösseren Gefässes durch die unterhalb der Ligatur durchgeführten Lanzennadeln. Sonst glatter Verlauf, abgesehen von etwa 14 Tage anhaltenden, mit Temperatursteigerung bis 38,5 einhergehenden profusen Blutungen (Sublimatintoxikation?) $6^1/_2$ Wochen p. o. Entlassung als geheilt. Das Kind gedeiht ausgezeichnet.
Weljaminov, op. (Ref. A. Fratkin. Russ. med. Litt. No. 6. Beilage z. St. Petersb. med. Wochen. 1892. Chirurgitscheskyi westnik. Juni 1892. 26.			Myom des Uterus.			Porro.	Heilung.	?	Deutsches Referat nicht vorhanden.

Name des Operateurs bezw. Refr. Quelle.	Alter der Frauen Wievielte Schw.	Oper. in welch. Monat der Schw.	Anatom. Beschaffenheit des Tumors. Frühere Entbindung.	Geburtsdauer bis zur Operation. Muttermund. Blasensprung. Allgemeinbefinden.	Ausführung der Operation.	Resultat für Mutter	Resultat für Kind	Bemerkungen.
Robson, A. W. Majo, (Lancet, Lond., Bd. 1., pag 414. 8 II. 1893; Schmidts Jhrb. No 238. 1893). 27.			Multiple Myome des Uterus.		Porro.	Heilung.	lebend.	Ausführlicher Bericht in deutscher Sprache nicht vorhanden.
Mixter, S. J. op. (Boston med. and surg. Journ. 119. 19. p. 16. I. 1889. in Schmidts Jhrb. 1889. No. 221). 28.			Multiple Myome des Uterus.		Porro.	Heilung.	lebend.	Deutsches Referat nicht vorhanden.
Cataliotti (Palermo) [Hofmeier, D. med. Woch.-Juli. 1886]. 29.			Myom des Uterus.		Porro.	Heilung.	?	
Fehling (Basel), op. 2 6. 1890. 8 Uhr morg. 30.	35 1 p.	Ausgetragen.	Subserös., gestieltes, das kleine Becken ausfüllendes, 2 faustgrosses Fibromyom.	Wehenbeginn: 1. 6. 4 Uhr a. m. Operation vor dem Blasensprung.	Porro extrap. Sriel ersorgung.	Heilung.	† Reifes Kind, in trauterin abge-	Das Nähere: Krankeng. I.

Journ.. London, Bd. I. pag.581. 18. 3. 1893). op.17.I. 1893. 31.							geboren. †	
Herman, G. E. New-York. J. Gynäc. a. Obst., Bd. 3, pag.484—486. 32.	36 J.		Myoma fundi uteri im Kleinbecken eingeteilt.	Seit etwa 10 Stund. in partu. Puls 140. Ein Fibrom d. Fundus hatte diesen im Kleinbecken festgehalten. Der Knickungswinkel sprang als ein mächtiges Septum in die Π-förmige Uterushöhle vor.	Bei der Amputatio uteri wurde aus dem am Ende der vorigen Rubrik genannten Grund Cervix und Fundus in die Ligatur abgefasst.	† 4 h. p. o.	Frucht vorher abgestorb. †	
Runge. (Ref. Apfelstedt, Arch. f. Gyn. 48. Bd. 1894). 33.	33 J. 1 p.	9.—10. Monat.	Verschiedene grosse, teils subseröse, teils interstitielle Myome, meist an d. vorderen Wand des Uterus. Ein grösseres Myom, kindskopfgross, im rechtsseitigen untern Uterusabschnitt bis zum Cervix reichend. intraligamentär und von weicher Konsistenz, die Randzone auf dem Durchschnitt missfarben, das den Geburtskanal beeinträchtigte.	Inpartu.	Der Schnitt traf mehrere Myome. Intraperitoneal. Stielversorgung.	Heilung.	Kind asphyctisch, wird bald wiederbelebt.	Wochenbett bis auf 3 kleine Fiebererhebungen. (Maximum: 38,4) normal.

Die Diagnose der Complikation ist nur in 1 Fall von vorherein nicht gestellt worden.

Die Punktion des Tumors vor der Operation wurde gemacht:

3 mal beim konserv. Kaiserschnitt (2 mal a vagina);
1 mal beim Porro (von den Bauchdecken),

teils zur Sicherung der Diagnose teils zur Herbeiführung einer Verkleinerung der oedematös durchtränkten (daher dunkel fluktuierenden) Geschwülste.

Als Durchnittsalter der zur Operation Gelangten, ergiebt sich ein Alter von etwa 36 Jahren (Minimum: 28 — Maximum: 46 Jahre.)

Was die Zahl der vorausgegangenen Geburten betrift, so verhält es sich damit wie folgt:

A. Konserv. Kaiserschnitt.

7 I pp. = 58,3 %
1 II p. (Abort im 3. Monat
1 III p.
2 V p. (1 mal zuerst 3 normale Geburten, dann Abort im 3. Monat). } = 41,7 % Mpp.
1 VI p. (5 Frühgeburten)
8 mal nichts angegeben.

B. Porro.

15 I pp. = 75 %
1 II p.
2 III p.
1 V p. (1 Abort und 3 künstlich entbundene tote Kinder) } = 25 % Mpp.
1 XVI p. (sämmtl. 15 Geburten ohne Kunsthilfe)
13 mal nichts angegeben.

Demnach handelte es sich meist um die Operation älterer Erstgebärender.

Die Indikation gaben meist grosse, das Kleinbecken ganz oder grösstenteils ausfüllende, unbewegliche, irreponible,

weil entweder durch Adhaesionen im Becken fixierte oder darin fest eingekeilte, ungestielte oder meist mit kurzem und dickem Stiel der Gebärmutter anhaftende, besonders deren unteren Abschnitt (Cervixmyome) einnehmende, subseröse, bisweilen interstitielle (oder beides) Myome, meist derart localisiert, dass eine Geburt auf natürlichem Wege, selbst bei zerstückelter Frucht unmöglich war. Einige Male wurde auf Grund einer relativen Indication eingegriffen. Beim Porro kam meist noch die Mehrheit der Geschwülste, eventuell die Zersetzung des Uterusinhalts in Betracht.

Die Conjugata vera war in einigen Fällen nahezu = o, so dass der Finger nicht ins Becken einzudringen vermochte, in einigen anderen Fällen blieb zwischen Symphyse und Tumor eine Passage von nur 4, bezw. 3 und 2 cm. frei. Weitere Raumverengerungen wurden herbeigeführt:

1 mal durch ein gleichzeitig allgemein verengtes Becken;

1 mal durch ein ausserdem vorhandenes intraligamentäres Ovarialkystom.

Die Operation war compliciert:

A. Beim Konservat. Kaiserschnitt.

1 mal mit Cystitis und Pyelonephritis;
1 mal mit Endometritis septica;
1 mal mit Pyelonephritis,
1 mal mit intensiver parenchymatöser Nephritis.

B. beim Porro.

1 mal mit allgemeiner Septis;
1 mal mit Peritonitis septica.

Als vergebliche Entbindungsversuche wurden der Operation vorausgeschickt:

1 mal künstliche Frühgeburt;
2 mal Zange (einmal + Probeincision).

Der Erfolg der Operation war folgender:

A. Beim konserv. Kaiserschnitt.

8 Heilungen = 40%
12 Todesfälle = 60%:

Cystitis und Pyelonephritis
(schon ante operationem vorhanden), 36 h. p o.
Peritonitis septica (schon ante oper. vorhanden) 4 Tage p o.
Ursache? 24 h. p. o.
Sepsis 3 Tage p. o.
Einige Stunden p. o (P. kreiste intra operat).
Ursache? 4 Tage p. o.
Pyelonephritis (schon a. o vorhanden) 1 d. p o.
Autopsie: intensive parenchymat. Nephr. 36 h. p. o.
Endometritis septica und Pyelonephritis, 5 d. p. o.
3 d. p o. (Zustand der P. war vor der Operation schon bedenklich).
4 d. p o. (Verfasser infolge nachträgl. Chloroformwirkung. Wahrscheinlich inf. Peritonitis.

B. Beim Porro
20 Heilungen = 60,6%
13 Todesfälle = 39,4%:

Sepsis (schon a o.) 3 d. p. o.
Septicämie 5 d. p. o.
?
Sepsis 60 h. p. o.
do. $2^1/_2$ d. p. o.
Verblutungssollaps, 24 h p. o.
Peritonitis (schon a. o.) 3 d. p. o.
Selbstmord, 4 d. p. o.
Ileus 61 d. p. o.
Ursache? 3 Tage p. o.
Peritonitis septica, 3 Tage p. o.
Nachblutung.
Ursache? 4 h. p. o.

Die Gesamtmortalität der Kaiserschnitte bei Myomen des Uterus überhaupt, beträgt demnach nahezu 50%.

Die Zeit der Ausführung der Operation fiel in den weitaus meisten Fällen in die Zeit nach dem Blasensprung (Maximum: 24 h. nach demselben).

Die Früchte waren fast alle vollständig oder nahezu vollständig ausgetragen; indes:

4 mal Früchte des 7. Monats (3 lebend entwickelt);
1 mal Frucht des 8. Monats (lebend entwickelt).

Unter 18 Fällen, wo über das Schicksal der Kinder etwas angegeben ist, handelte es sich

A. Beim konserv. Kaiserschnitt
um 16 lebende und 2 tote Kinder
Mortalität: = 9%.

B. Beim Porro in 29 Fällen
um 17 lebende und 12 tote Kinder.
Mortalität: = 41,4%.

Mutter und Kind wurden gerettet

A. Beim konserv. Kaiserschnitt
in 18 Fällen 8 mal (= 44,4%).

B. Beim Porro
in 29 Fällen 13 mal (= 45%).

Mutter und Kind gingen zu Grunde:

A. Beim konserv. Kaiserschnitt
in 2 Fällen (= 11,1%;

B. Beim Porro
in 8 Fällen (= 28,6%).

Der Schnitt durch die Gebärmutter traf

1 mal die Placenta
6 mal Geschwülste (1 mal davon beim konservat. Kaiserschnitt; dadurch Schwierigkeit der Uterusnaht!)

Die Entfernung der Geschwulst beim konservativen Kaiserschnitt wurde

1 mal vorgenommen;
2 mal geplant; aber unterlassen
a, weil der Tumor intraligamentär,
b, weil intra operat. plötzlich Collaps erfolgte.

Die Castration beim konservativen Kaiserschnitt wurde auffallenderweise nur ein einziges Mal ausgeführt (Der Fall verlief gut, und nach kurzer Zeit war eine Verkleinerung der Geschwulst zu konstatieren).

Als Folge der Operation stellte sich in 1 Fall eine Diastase der Recti ein.

Was die Art der Stumpfversorgung beim Porro-Kaiserschnitt betrifft, so wurde unter 17 Fällen

8 mal die intraperitoneale,

9 mal die extraperitoneale Methode angewandt.

Erfolg der intraperitoneal behandelten Fälle:

8 Heilungen,

0 Todesfälle, Mortalität: 0%.

Erfolg der extraperitoneal behandelten Fälle

3 Heilungen,

6 Todesfälle:

a, infolge Sepsis 60 h. p. o. (Schwache Frau mit Zeichen der Atheromatose. Temperaturerhöhung schon vor der Geburt!);

b, infolge Sepsis $2^1/_2$ d. p. o. (Die Eihöhle befand sich in Zersetzung);

c, infolge Peritonitis (die schon a. o. vorhanden war),

d, Verblutungscollaps (Loslösung einer Ligatur),

e, Selbstmord,

f, Ileus 61 Tage p. o. (Wochenbett zuerst gut).

Die Mortalität beträgt hier also 66,7%.

Von Besonderheiten ist zu erwähnen, dass einmal eine, nach Gusserow so seltene totale Fettnecrose des Tumors vorhanden war, ausserdem:

1 mal Nabelschnurvorfall,

1 mal Vorhandensein eines Ellbogens im Muttermund.

Die Schlussbetrachtung sämmtlicher Tabellen ergiebt folgendes:

Die Entfernung von Myomen in der Schwangerschaft von der Scheide aus nehme man ohne weiteres vor, wenn es sich um gut gestielte submucöse Polypen des Corpus oder Cervix uteri handelt; denn sehr oft sind sie die Ursachen heftiger Blutungen in graviditate, die zum spontanen Abort führen können. Die einfache Polypabtragung in graviditate von der Scheide aus ist höchst selten von Abort begleitet;

anders verhält es sich mit der Enucleation interstitieller Cervixmyome oder breit aufsitzender submucöser Corpusmyome von der Scheide aus. Dadurch wird die schwangere Gebärmutter mehr insultiert, als durch die einfache Polypabtragung, weswegen es eher zum Abort kommen wird. Infolge dessen verschiebe man diese Operation, wenn es angängig ist, auf das erwartete normale Ende der Schwangerschaft, wodurch es möglich wird ein lebendes Kind zu erzielen.

Treten in graviditate lebensgefährliche Störungen auf, und ergiebt die Untersuchung gut gestielte subseröse Myome, so empfiehlt es sich die Entfernung derselben von den Bauchdecken aus vorzunehmen (Mortalität: 18,87%). Die Gefahr des Eintritts der Geburt infolge dieses Eingriffs steigt, wenn auf diese Weise ungestielte, subseröse oder interstitielle, fixierte, cystisch erweichte oder intraligamentäre Geschwülste entfernt werden. Durch letzteren Umstand ist es zu erklären, dass nach der Tabelle der Prozentsatz der Fehl- und Frühgeburten nach Myomotomien so hoch ist (40%). Während nach Hofmeier (s. o.) bei Complikationen der Myome mit Gravidität überhaupt in 12% spontaner Abort erfolgt [nach Toloczinow, Wien. med. Presse X. 1869 — Winkel, Volkmanns Sammlung klinisch. Vortr. No. 90. — Nauss, D. i. Halle. 1872 — Sébileau, Thèse. Paris 1873 beträgt der Abort im Mittel 22%], ist in den Fällen, die ich in Tabelle I. angeführt habe und bei denen nach erfolgter Entbindung oder im Wochenbett eine Entfernung der Geschwulst von der Scheide aus vorgenommen wurde, der Abort in 38,46% eingetreten. Demnach wäre die Gefahr des Eintritts des spontanen Aborts infolge einfacher Laparomyomotomie nicht wesentlich erhöht. Durch letztere Operation ist die Frau ein für allemal von ihrem Myom befreit, und wenn auch Abort eintritt infolge des operativen Eingriffes, so ist doch die Möglichkeit der späteren Geburt eines lebenden, ausgetragenen Kindes gegeben.

Wie für den konservativen Kaiserschnitt und den nach Porro die Indication dieselbe ist, und nur das Verhalten

der Geschwülste für die eine oder andere Art dieser beiden Operationsmethoden entscheidet, so verhält es sich auch mit der einfachen Laparomyomotomie und der Amputatio uteri supravaginalis. Findet sich nach Eröffnung des Abdomens die Gebärmutter mit mehreren Myomen behaftet, die teils gestielt, teils ungestielt oder teils subserös, teils interstitiell sind, treten bei Ausführung der einfachen Myomotomie unstillbare Blutungen aus dem Geschwulstbett auf, oder ist die Entfernung einer Geschwulst ohne Eröffnung des Cavum uteri oder aus anderen Gründen (intraligamentär, retro-peritoneal) nicht möglich, so tritt, natürlich vorausgesetzt, dass wie bei der Indication der einfachen Myomotomie die Störungen wirklich ernst zu nehmen sind, die Amputation des schwangeren, myomatösen Uterus in ihre Rechte. Die Mortalität, die ohne Schwangerschaft nach Pozzi[1]) 21,6% beträgt, beläuft sich hier auf 26% (bezw. 24,14%). Hauser[2]) berichtet noch von einer Mortalität von 37,5% (auf 24 Fälle 9 mal der Exit. letalis). Besonders zu beachten ist, dass die Fälle, wo schon vor der Operation eine Complikation vorhanden ist (meist Peritonitis), besonders durch diese Operation gefährdet sind. Auf die Erfolge der beiden Arten der Stumpfbehandlung werde ich weiter unten zu sprechen kommen.

In partu kommt, wenn die Myome ein unüberwindliches Hindernis für den vorantretenden Teil abgeben und die Frucht selbst zerstückelt die Geburtswege nicht zu passiren vermag, der Kaiserschnitt oder, falls dies möglich ist, die Entfernung der Geschwulst von der Scheide aus in Betracht. Handelt es sich in letzterem Falle um die Abtragung eines Polypen, so wird man sich nicht lange besinnen bei der günstigen Prognose (0% Mortalität), die diese Operation hat. Ist aber eine Enucleation zu machen, so bedenke man, dass hier die Mortalität eine grössere ist, als beim Porro (40% und 39,4%). Hier mache man besser, wie ich schon

1) Gaz. méd. de Paris 1890. No. 21. p. 241.
2) Arch. f. Gyn. 1891. Bd. 41.

oben erwähnte, falls man den Fall frühzeitig genug bekommt, die Enucleation am normalen Ende der Schwangerschaft. Erweist sich ein zur Kolpomyomotomie sonst geeignetes Myom zu gross für diese, so kann man ja so viel von demselben enucleiren, bis man die Möglichkeit des Vorbeitritts des vorangehenden Teiles annehmen kann, hat aber zu bedenken, dass die Gefahr der Verjauchung der übrig gebliebenen Geschwulstmassen oder falls der Rest post partum entfernt wurde, die Gefahr der Verjauchung des Geschwulstbettes sehr nahe liegt. Uebrigens ist die Enucleation post partum doppelt so günstig als die Polypabtragung (Mortalität 12,5% und 37,5%) wegen Gefahr des Eintritts von Gangrän und Jauchung des Stumpfes des Polypen.

Handelt es sich um nur vom Abdomen aus entfernbare Geschwülste, so wird man am besten mit dem konservativen Kaiserschnitt sehr sparsam verfahren. Eine Mortalität von 60% ist nicht gerade verlockend. Allerdings ist die Aussicht ein lebendes Kind zu erhalten beim „erhaltenden" Kaiserschnitt (9% Mortalität) eine grössere als beim Porro (41,4% Mortalität). Das Gesamtresultat der Porrooperation beträgt nach Harris[1]) 23,9%, während, wie wir schon gehört haben, der Porro-Kaiserschnitt bei complicierendem Myom eine Mortalität von 39,4% hat. Der konservative Kaiserschnitt fällt besonders dann sehr ungünstig aus, wenn Myome durch den Uterusschnitt getroffen werden. Natürlich schwindet bei beiden Arten des Kaiserschnitts die Aussicht auf Erfolg der Operation, wenn vor derselben schon eine Complikation vorhanden war (Häufigkeit der Pyelonephritis). Nicht zu übersehen ist, dass die heutzutage sehr verbesserte Technik beider Arten des Kaiserschnittes viel günstigere Erfolge gezeitigt haben. So beträgt nach Apfelstedt[2]) die Mortalität von 12 Fällen von Kaiserschnitten wegen Myomen

1) Rob. P. Harris, The Porrooperat. New-York. Journ. of Gyn. Apr. 1893.

2) Arch. f. Gyn. Bd. 48. 1894.

nach Sänger vom Jahre 1886—1893 nur 50%, beim Porro nur 20% (unter 15 Fällen vom Jahre 1886—1893 nur 3 Todesfälle; letztere sämmtlich bei extraperitonealer Stumpfbehandlung).

Die Mortalität von 66,7% bei extraperitonealer Stielbehandlung gegenüber einer solchen von 0% bei der intraperitonealen scheint zu Gunsten der letzteren Methode zu sprechen. Allein die Todesfälle bei der extraperitonealen Methode waren in den weitaus meisten Fällen die Folge übler Zufälle wie z. B. schon vor der Operation vorhandene Sepsis bezw. Peritonitis; Loslösung einer Klammer infolge dessen Verblutung; ferner Selbstmord, Zufälle, die sich ebenso gut beim intraperitonealen Verfahren hätten ereignen können. Und warum ist das Verhältnis bei den Fällen der Amputation ein umgekehrtes, indem nämlich hier auf die intraperitonale Methode 28,57% und auf die extraperitoneale nur 23,81 (bezw. 21,74%) Mortalität kommt, obwohl die Technik hier wie dort dieselbe ist? Die Differenz in der Mortalität der beiden Methoden ist allerdings beim Porro eine ganz frappante — 0% Mortalität und 66,66%! Man bedenke aber, dass unter den 16 Fällen des Porro, wo über die Art der Stumpfbehandlung sich keine Angaben finden, 9 Fälle von Heilerfolgen sind, von denen sicherlich der eine oder der andere extraperitoneal behandelt worden ist, während in den übrigbleibenden 7 Fällen der Exitus letalis eintrat, und in diesen wohl auch einmal der Stumpf intraperitoneal versorgt worden sein dürfte. Die Frage, ob die intraperitoneale Methode den Vorzug vor der extraperitonealen verdient, ist heute noch eine offene: die erstere ist meiner Ansicht nach die beste in der Hand dessen, der sie vorzüglich übt. Zwingen dann aber besondere Gründe (Verjauchung, Erweichung, eitrige Peritonitis oder sonstige Infectionsgefahr (s. Gusserow l. c.) zu einem extraperitonealen Verfahren, so ist ein eventl. ungünstiger Erfolg leicht zu erklären.

Im Wochenbett geben Verjauchungen der Geschwülste sowie Blutungen oft die Indication zum Eingreifen. Polyp-

abtragungen von der Vagina aus geben sehr günstige Resultate. Zeitlich getrennte Manipulationen in letzteren Fällen scheinen von Erfolg begleitet zu sein — erst Ligatur des Stiels der Geschwulst; späterhin Abschneiden desselben, falls nicht eine dissecierende Gangrän die Spontanausstossung der submucösen Polypen veranlasst. Die Enucleation hat eine Mortalität von 37,5%, die meist durch entstehende Infection bedingt wird. Die Heilung tritt bei einer in puerperio vorgenommenen Enucleation von der Scheide aus eher ein, wenn sie nicht vor dem 10. Tage des Wochenbetts ausgeführt wird, weil dann die Gefahr einer Sepsis eine geringere ist.

Laparomyomotomieen mit und ohne Zurücklassung des Uterus nach der Geburt habe ich nicht berücksichtigt, weil diese meist so spät nach der stattgehabten Geburt ausgeführt wurden, dass von einem eigentlichen Puerperium nicht mehr gesprochen werden kann.

Zum Schlusse erfülle ich mit Freuden die angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Fehling für die gütige Erlaubniss der Veröffentlichung der 3 Fälle sowie für die vielfachen Ratschläge bei der Ausarbeitung der Dissertation an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank zu sagen; ebenso fühle ich mich Herrn Prof. Dr. v. Herff zum Danke verpflichtet für einige Litteraturangaben.

Lebenslauf.

Ich, Franz Sali Kirchheimer, katholisch, wurde geboren am 11. Oktober 1871 als der Sohn des schon im Jahre 1878 verstorbenen Grosskaufmanns und Brauereibesitzers zu Heilbronn am Neckar im Königreich Württemberg. Ich besuchte die Elementarschule, sowie die humanistische Abteilung des K. Karlsgymnasiums meiner Vaterstadt. Herbst 1890 verliess ich die letztere mit dem Zeugnis der Reife ausgestattet, um mich dem Studium der Medizin zu widmen. Zu diesem Behufe bezog ich zunächst die badische Landesuniversität Freiburg im Breisgau, wo ich das erste Semester im 5. bad. Inf.-Reg. No. 113 diente und im Anfang des 5. Semesters mich der medizinischen Vorprüfung mit Erfolg unterzog. Im 5. und 6. Semester lag ich in Marburg und im 7. Semester in Berlin medizinischen Studien ob. Von Berlin aus begab ich mich nach Halle, um hier meine Studien fortzusetzen. Das examen rigorosum bestand ich am 29. Januar 1895.

Ich besuchte die Kollege, Kurse und Kliniken folgender Herren Professoren:

in Freiburg

Baumann, Hildebrand, Keibel, v. Kries, Oppel, Riese, Warburg, Weissmann, Wiedersheim;

in Marburg

Ahlfeld, v. Büngner, C. Fränkel, Küster, Mannkopff, Marchand, H. Meyer, Müller;

in Berlin

Burchardt, Gerhardt, Gusserow, A. Martin, Oppenheim, Schoeler, J. Wolff;

in Halle

Ackermann, v. Bramann, Fehling, Harnack, v. Hippel, Hitzig, v. Mering, Pott, Weber.

Allen diesen meinen hochverehrten Lehrern sei auch an dieser Stelle herzlich gedankt!